Отто Ф. Кернберг

АГРЕССИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ И ПЕРВЕРСИЯХ

Перевод с английского и научная редакция А.Ф. Ускова

Москва
Независимая фирма "Класс"
1998

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Отто Ф. Кернберг — один из крупнейших и наиболее известных действующих психоаналитиков. В настоящее время (1997—1999 гг.) президент Международной психоаналитической ассоциации. Родился в 1928 г. Детство и юность провел в Латинской Америке, затем переехал в США. В течение многих десятилетий работает в клинике в качестве врача-психиатра, параллельно ведет частную психоаналитическую практику, а также активную научную, преподавательскую и административную работу.

Отто Кернберг — один из крупнейших специалистов в области тяжелых расстройств личности, лежащих в "промежутке" между неврозом и психозом и ставших доступными для психоаналитического лечения, в том числе и благодаря его личным усилиям.

Как известно, первоначально психоанализ создавался для лечения неврозов (хотя, с точки зрения нынешней классификации, некоторые пациенты Фрейда вовсе не были невротиками, а страдали от более тяжелых психических расстройств). По мере накопления клинического опыта и развития теоретических концепций о ранних отношениях ребенка и матери, переносе/контрпереносе, объектных отношениях, аналитической ситуации и т.п. произошло расширение спектра клинического применения психоанализа. В настоящее время психоанализ хорошо оснащен для лечения большей части пациентов, страдающих от преимущественно психологически обусловленной патологии (включая шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, психопатии, психосоматические расстройства и т.п.), хотя его эффективность, конечно же, ограничена проблемами мотивации пациентов, их доверия своим психотерапевтам, возможности сочетания психотерапии с лечением в стационаре, а также такими "прозаическими" вопросами, как дороговизна и длительность психоаналитического лечения. (Кроме того, необходимо помнить, что психоанализ — не панацея, и он никогда не сможет оправдать тех преувеличенных ожиданий, которые на него возлагались и возлагаются.)

Одним из путей расширения клинического спектра психоанализа, в частности, его применения к пациентам с тяжелыми расстройствами личности, для которых характерны эмоциональная нестабильность и незрелость, слабый самоконтроль, склонность непосредственно выражать свои чувства в поведении вместо их осознания и вербализации, тяжелые психосоматические симптомы и поведенческие нарушения, хрупкость, поверхностность или хаотичность межличностных отношений, расплывчатость, неустойчивость или патологическая грандиозность образа себя, глубокие чувства внутренней пустоты и безнадежности, сильные деструктивные и, в том числе, самодеструктивные тенденции и т.п.*, — стала разработанная Кернбергом психоаналитическая *экспрессивная психотерапия,* позволившая за счет отклонения от некоторых параметров классической психоаналитической техники добиваться хороших результатов в лечении таких пациентов.

Основными особенностями техники экспрессивной психотерапии являются: 1) акцент аналитика на интерпретациях "*здесь-и-теперь"*, т.е. анализ взаимоотношений пациента и аналитика и тех примитивных частичных объектных отношений, которые возникают между ними в ситуации лечения и отражают *Я- и объект-репрезентации* пациента и связывающие их аффекты; 2) сознательные отступления аналитиком от принципа *технической нейтральности* в форме расспросов, объяснений, запретов, советов, введения условий продолжения терапии, раскрытия контрпереноса и т.п., позволяющие обеспечить продолжение терапии и предотвратить необдуманные, вредные и опасные для себя и других поступки пациента. Переход к "классической" психоаналитической технике в работе с такими пациентами возможен, по мнению Кернберга, лишь на поздних этапах лечения, когда структура их личности становится преимущественно невротической. Лишь тогда терапевт может обратиться к анализу невротических, "Эдиповых", конфликтов пациента и интерпретациям *там-и-тогда* — касающимся текущей жизни пациента и его прошлого — и более твердому соблюдению технической нейтральности.

Важным достижением Кернберга явилось формулирование структурных особенностей пациентов с тяжелыми расстройствами личности, лежащих за видимым многообразием их симптомов.

---

*Внимательный читатель мог заметить, что я объединил в этой характеристике черты пограничной и нарциссической патологии, которые иногда сочетаются, а иногда встречаются отдельно.

Это, по его мнению: 1) диффузная (или размытая) личностная идентичность — наличие нескольких (многих) никак (или почти никак) не связанных частичных, противоречивых образов себя; 2) преимущественное использование примитивных защитных механизмов (защитных механизмов низкого уровня) — расщепления, проективной идентификации, примитивных идеализации и обесценивания, отрицания и т.п.; 3) сохранная проверка реальности (reality testing), т.е. способность отличать внутреннюю реальность (мысли, чувства, желания) от внешней и реалистически оценивать мотивацию поведения, как собственную, так и других людей. Первые два критерия объединяют *пограничную организацию личности*, по Кернбергу, с более тяжелыми психотическими расстройствами. Третий — с более легкими невротическими расстройствами и нормой.

На основе выделенных им структурных критериев уровня организации личности Кернберг разработал *структурное диагностическое интервью* (см. O. Kernberg, *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies.* New Haven: Yale University Press, 1984), позволяющее определить структурную организацию личности пациента — преимущественно невротическую, пограничную или психотическую — и соответствующий ей характер психотерапевтического вмешательства.

Отто Кернберг также много сделал для внедрения теории объектных отношений Мелани Кляйн и других британских психоаналитиков в основанную на эго-психологии теорию и практику американского психоанализа.

Им разработана современная психоналитическая теория личности, вкратце заключающаяся в том, что "Я" человека состоит из различных репрезентаций (образов, проявлений) себя и своих объектов (прежде всего близких людей) и связывающих их аффективных состояний.

Кернберга очень интересуют вопросы *патологического нарциссизма*, который иногда, как мне кажется, превращается у него в отдельную структурную категорию патологии, наряду с тремя упомянутыми. Его также интересуют вопросы агрессии, деструктивности и ненависти и, одновременно, любви и сексуальности в норме и патологии. Он также озабочен вопросами классификации психических расстройств.

Книга, предлагаемая вашему вниманию, — это глубокое и разностороннее клиническое и теоретическое исследование проблемы

агрессии, исследование обстоятельств ее проявления при различных психических расстройствах и на различных уровнях организации личности. Кернберг пересматривает психоаналитическую теорию аффектов и теорию ненависти как одного из них, дает свою классификацию и характеристику ряда психических расстройств с точки зрения их связи с агрессией, деструктивностью, ненавистью и т.п.; подробными и разнообразными клиническими примерами иллюстрирует основные принципы и методы работы с такими пациентами; отдельно останавливается на проблеме перверсий и их связи с различными уровнями организации личности.

Большое впечатление производят ясность и четкость теоретических разделов книги, а также живость и откровенность изложения клинических случаев.

Эта книга об агрессии и не только о ней. Как и все книги Кернберга, она является сгустком его основных теоретических идей, клинического и жизненного опыта, одним из вариантов той Книги, которую он пишет в течение всей жизни. Она дает нам прекрасное представление не только об одном из основных направлений современного психоанализа, но и о человеке, который является одним из его творцов и признанных лидеров.

А.Ф. Усков

ПРЕДИСЛОВИЕ

В этой книге я представляю последние результаты своих продолжающихся исследований происхождения, природы и лечения расстройств личности. Главным в этих исследованиях является понимание динамики грубо патологического поведения человека. Поэтому моя книга начинается с изложения психоаналитической теории мотивации, особенно в том, что касается агрессии.

Принимая во внимание последние достижения в исследовании аффектов, я, не отвергая теории влечений Фрейда в целом, вношу в нее некоторые изменения. Предлагаемые мной изменения заключаются в признании ведущей роли аффектов в структуре влечений и в соединении нейропсихологических детерминант аффекта с наиболее ранним межличностным опытом младенчества и детства, который определяет развитие личности.

Придерживаясь этих общих представлений об аффектах, я уделяю особое внимание агрессии, пытаясь прояснить связь между агрессией и яростью, между яростью и ненавистью.

В основе моей работы лежит убеждение, что патология личности определяется теми психическими структурами, которые возникают под влиянием аффективного опыта взаимодействия с ранними значимыми объектами. Это убеждение находит свое выражение в том внимании, которое я уделяю необходимости интегрировать систему диагностики, основанной на описании поведения, с психодинамическим подходом, сосредоточенным на формировании психических структур. Я описываю несколько распространенных расстройств личности с точки зрения этого подхода.

В третьей и четвертой частях книги я излагаю свою теорию эгопсихологии — объектных отношений в ее приложении к клинической ситуации. В этом контексте мое внимание сосредоточено на специфических искажениях переноса и контрпереноса, вызванных структурированной агрессией в форме хронической ненависти и защитами против этой ненависти. Я исследую взаимоотношения между размытостью идентичности, способностью к проверке реальности и тупиковыми ситуациями в лечении на примерах всего

спектра расстройств личности — от невротических, затем пограничных и, наконец, психотических организаций личности.

Сделанные мной теоретические выводы, касающиеся агрессии и ненависти, я применяю для создания новых технических подходов в работе с тяжелыми расстройствами личности в рамках психоанализа как такового, психоаналитической психотерапии или больничного лечения средой.

Последняя часть книги посвящена перверсиям — еще одной области приложения исследований, указывающих на первичность особенностей психической структуры и агрессии в происхождении психопатологии. В этой части в общих чертах описывается психодинамика перверсий и расстройств личности — их сходства и различия. При обсуждении этих вопросов особое внимание уделяется гомосексуальности в силу того особого положения, которое она занимает в современной психоаналитической теории.

***

За тот вклад, который они внесли в мои размышления о теории объектных отношений, я благодарен докторам Сельме Крамер, Райнеру Краузе, Джозефу и Анне-Мари Сандлер, Эрнсту и Гертруде Тихо, а также Джону Сазерленду. В области психоаналитической теории перверсий особенно повлияли на меня и помогли мне идеи докторов Жанин Шассге-Смиржель, Андре Грина, Джойс МакДугалл, и, особенно, позднего Роберта Столлера. Я получил большую пользу от обсуждеиия своих мыслей по вопросу структурных изменений с докторами Марди Горовицем, Лестером Люборским и Робертом Валлерштейном.

В работе с пациентами, также как и в своих трудах по развитию техники психоанализа и психотерапии я много получил от постоянного профессионального диалога с группой ближайших коллег и друзей из Нью-Йорка, докторов Мартина и Марии Бергман, Харольда Блюма, Арнольда Купера, Вильяма Фроша, Вильяма Гроссмана, Дональда Каплана, Роберта Мичелса и Этель Персон, которые терпеливо прочитывали и критиковали многие из включенных в эту книгу глав. Доктор Полина Кернберг во многих своих ролях — психоаналитика, сотрудницы и жены — не только повлияла на содержание написанного, но и создала условия, позволившие мне сосредоточиться на этой работе.

Формализованные исследования интенсивной психотерапии пограничных пациентов заложили основу теоретических объяснений, содержащихся в книге. Я многим обязан энтузиазму, преданности делу и критической оценке нашего общего предприятия со стороны членов Исследовательского проекта по психотерапии пограничных пациентов при кафедре психиатрии Медицинского колледжа Корнельского университета и Вестчестерском филиале Нью-Йоркской больницы на протяжении всего процесса работы, описанного в этом томе. Я глубоко благодарен докторам Джону Кларкину и Харольду Кенигсбергу, содиректорам проекта, докторам Энн Аппельбаум, Стивену Бауэру, Артуру Карру, Лизе Горник, Лоренсу Рокланду, Майклу Зельцеру и Франку Йомансу, моим коллегам в этом предприятии, чья критическая оценка полученного нашей группой клинического опыта определила мой подход к особенно трудным проблемам техники. Но хотя я благодарю всех моих коллег за стимуляцию, предложения и критику, я несу персональную ответственность за все формулировки данной книги.

Я глубоко ценю то бесконечное терпение при печатании, исправлении, корректуре и составлении бесконечных вариантов рукописи, которые проявили мисс Луиза Тайт и мисс Бекки Уиппл. Неутомимое внимание мисс Уиппл к малейшим деталям рукописи очень помогло нам во многих случаях. Госпожа Розалинда Кеннеди, моя помощница по административным вопросам, обеспечила организационные рамки, в которых мне удалось выполнить эту работу в сочетании с моими обычными клиническими, учебными, научными и административными функциями; создала пространство для работы, благодаря которому ее осуществление стало возможным.

Это вторая книга, которую я выпускаю в сотрудничестве с моим многолетним редактором госпожой Натали Альтман и старшим редактором издательства Йельского университета госпожой Глэдис Топкинс. Обе они уважительно и тактично отнеслись к моей попытке выразить то, что я хотел сказать, помогая сделать это максимально ясно. Я очень благодарен им обеим.

Часть I
РОЛЬ АФФЕКТОВ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ

1. НОВОЕ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ВЛЕЧЕНИЙ

Марджори Брирли (Brierley, 1937) была первой, кто указал на странный парадокс, касающийся роли аффектов в психоаналитической теории и практике. Аффекты, говорила она, играют главную роль в клинической ситуации, но занимают побочное и неопределенное место в психоаналитической теории. Брирли думала, что если удастся прояснить роль, которую играют аффекты, то это позволит понять многие до сих пор неясные моменты теории влечений. Описанный полвека тому назад Брирли парадокс, кажется, существует до сих пор. Только в последние десять лет ситуация начала меняться. Вновь изучив связи между аффектами и влечениями в психоаналитической теории, включая меняющиеся взгляды Фрейда на влечения и аффекты и современные психоаналитические исследования, а также мои собственные, я предлагаю пересмотренную психоаналитическую теорию аффектов и влечений. Затем я исследую природу аффектов, возникающих в психоаналитической ситуации, и их искажения под влиянием защитных процессов. Наконец, я предлагаю модель развития аффектов и влечений, основанную на собственных концепциях.

Влечения и инстинкты

Хотя Фрейд считал, что влечения, которые он признавал основой системы психической мотивации, имеют биологические источники, он постоянно указывал на недостаточность достоверных сведений о процессах, которые приводят к превращению этих биоло-

гических инстинктов в психологическую мотивацию. Он понимал либидо, или сексуальное влечение, как иерархически соподчиненную организацию частичных влечений, принадлежащих более ранним фазам развития. Эта идея находится в сооответствии с его представлениями о психической природе влечений. Согласно Фрейду (Freud, 1905), частичные влечения (оральное, анальное, вуайеристское, садистское и т.д.) психологически интегрируются в ходе развития, но физиологически не связаны друг с другом. Дуалистическая теория влечений — сексуальности и агрессивности (Freud, 1920) — представляет собой его окончательную классификацию влечений как глубинных источников бессознательного психического конфликта и образования психических структур.

Фрейд указывал на биологические источники сексуальных влечений, связанные с возбудимостью эрогенных зон, однако он не указывал таких специфических и конкретных источников для агрессии. В отличие от фиксированных источников либидо он характеризовал цели и объекты либидинального и агрессивного влечений как меняющиеся в процессе психического развития; он описывал последовательное развертывание сексуальной и агрессивной мотивации как разнообразный и сложный процесс психического развития. Как указывает Холдер (Holder, 1970), Фрейд проводил четкое различие между влечениями и инстинктами. Он считал, что влечения занимают руководящее положение, что они действуют постоянно как источники мотивациии. Инстинкты, с другой стороны, являются, по его мнению, биологическими, наследуемыми и действующими не постоянно, а время от времени, активизируясь под влиянием физиологической или средовой стимуляции. Либидо — это влечение, голод — инстинкт. Фрейд понимал влечение как переход между физическим и психическим, как психический процесс, укорененный в биологии; он предполагал (Freud, 1915b, 1915c), что единственный способ, с помощью которого мы можем узнать о влечениях, это обращение к их психическим репепрезентациям — идеям и аффектам.

Холдер и Лапланш с Понталисом (Laplanche and Pontalis, 1973) подчеркивают чисто психическую природу дуалистической теории влечений Фрейда и заключают, что различие между психологическими влечениями и биологическими инстинктами утеряно в Standard Edition, где Instinkt и Trieb оба переводятся как “инстинкт”. Я бы добавил, что перевод Стречи вызвал неудачные последствия, слишком близко связав теорию влечений Фрейда с биологией, затормозив психоаналитические исследования приро-

ды промежуточных процессов, связывающих биологические инстинкты с влечениями, которые были определены как чисто психическая мотивация. Сам термин *инстинкт* подчеркивает биологический характер этой концепции и препятствует аналитическому исследованию мотивации. С моей точки зрения, понимание влечений как высшей ступени в иереархии психической мотивационной системы является правильным, и дуалистическая теория влечений Фрейда служит удовлетворительным объяснением этой мотивации.

Как справедливо отмечают Лапланш и Понталис (Laplanche and Pontalis, 1973), Фрейд всегда ссылался на инстинкты как на дискретные наследуемые паттерны поведения, которые мало варьируют у разных особей одного вида. Удивительно, как понятие инстинктов у Фрейда близко современной теории инстинктов в биологии, представленной такими авторами, как, например, Лоренц (Lorenz, 1963), Тинберген (Tinbergen, 1951) и Вильсон (Wilson, 1975). Эти исследователи считали инстинкты иерархическими организациями биологически обусловленных перцептивных, поведенческих и коммуникативных паттернов, запускаемых факторами среды, которые активируют врожденные пусковые механизмы. Эта биологически-средовая система считается эпигенетической. Лоренц и Тинберген показали в своих исследованиях животных, что происходящее в процессе созревания и развития связывание дискретных врожденных паттернов поведения, их общая организация у конкретного индивида в очень большой степени зависит от средовой стимуляции: иерархически организованные инстинкты представляют собой интеграцию врожденных предпосылок и определяемого средой научения. Инстинкты, согласно этой точке зрения, это иерархически организованные биологические мотивационные системы. Они обычно классифицируются по линиям пищевого поведения, борьбы — бегства, брачного поведения и т.п.

Рапапорт (Rapaport, 1953) описывает, как с течением времени у Фрейда менялось представление об аффектах. Первоначально (Freud 1894) он считал их почти полным эквивалентом влечений; к 1915 г. (Freud, 1915b, 1915c) он рассматривал их (в частности, их связь с удовольствием или болью, психомоторные и нейровегетативные аспекты) как процессы разрядки влечений; наконец, в 1926 г. он стал считать их врожденными предпосылками (границами и руслами развития) Эго.

С моей точки зрения, аффекты — это инстинктивные структуры, т.е. биологически заданные, активируемые в процессе развития психофизиологические паттерны. Именно психический аспект этих паттернов, будучи особым образом организован, образует агрессивное и либидинальное влечения, которые описывал Фрейд. Частичные сексуальные влечения, с этой точки зрения, это более ограниченные, урезанные интеграции соответствующих аффективных состояний, а либидо как влечение является их иерархически высшей интеграцией, т.е. интеграцией связанных с эротикой аффективных состояний. В противовес до сих пор весьма распространенному в психоанализе взгляду на аффекты просто как на процессы разрядки, я считаю их структурами, связывающими биологические инстинкты и психические влечения. Аргументы в поддержку этого заключения будут приведены мною после того, как я продолжу определение аффектов и эмоций,

Аффекты и эмоции

Вслед за Брирли (Brierley, 1937) и Якобсон (Jacobson, 1953), исходившими из психоаналитической клиники, и Арнольдом (Arnold, 1970a, 1970b), Изардом (Izard, 1978), Кнаппом (Knapp, 1978) и Эмде (Emde, 1987; Emde et a1., 1978), исходившими из эмпирических исследований аффективного поведения в нейропсихологии, я определяю аффекты как психофизиологические поведенческие паттерны, включающие специфическую когнитивную оценку, специфическое выражение лица, субъективное переживание удовольствия и притягательности или боли и отвращения, а также паттерн мышечной и нейровегетативной разрядки. Выражение лица является частью общего коммуникативного паттерна, отличающего разные аффекты.

В настоящее время существует более-менее общее согласие относительно того обстоятельства, что с самого своего возникновения аффекты имеют когнитивный аспект, что они содержат по крайней мере общую оценку “хорошести” или “плохости” текущих восприятий, и что эта оценка, согласно формулировке Арнольда (Arnold, 1970a, 1970b), определяет ощущаемое побуждение действовать либо к, либо от определенного стимула или ситуации. В противоположность более старой теории Джеймса-Ланге (James 1884; Lange 1885), утверждавшей, что субъективные и когнитив-

ные аспекты аффектов возникают вслед или являются производными от восприятия феноменов мышечной и нейровегетативной разрядки, и сходной с ней позиции Томкинса (Tomkins, 1970) о том, что когнитивные и чувствуемые аспекты аффектов возникают вслед или являются производными от восприятия выражения лица, я считаю, что субъективное качество ощущаемой оценки — это ключевая характеристика любого аффекта.

Я полагаю, что аффекты могут быть либо примитивными, либо производными. Примитивные аффекты появляются в течение первых двух-трех лет жизни и обладают качествами интенсивности и глобальности, а также диффузным, недифференцированным когнитивным элементом. Производные аффекты более сложны, они состоят из комбинаций примитивных аффектов, подвергнутых когнитивной переработке. В отличие от примитивных аффектов они могут не проявлять все свои составляющие с одинаковой силой, и их психические аспекты постепенно начинают доминировать над психофизиологическими и лицевыми коммуникативными. Для этих более сложных феноменов я оставляю термин *эмоции* и *чувства*. Это различие соответствует клиническим наблюдениям, касающимся примитивных аффективных состояний и сложного эмоционального развития в психоаналитической ситуации.

Аффекты и влечения

В первой теории аффектов Фрейда понятия аффекта и влечения были практически взаимозаменимы. Во второй теории аффектов Фрейд предполагал, что влечения проявляются посредством психических репрезентаций или идей, т.е. когнитивных выражений влечений и аффектов. Аффекты, постулировал Фрейд, являются процессами разрядки, которые могут достигать сознания, но не подвержены вытеснению; только психические реперезентации влечений вытесняются вместе с памятью о чем-либо или склонностью к возникновению соответствующего аффекта (Freud, 1915b,1915c).

В клиническом психоанализе мысль, что аффекты не могут быть динамически бессознательны, является концептуальной, и, возможно, особенный акцент, который делал Фрейд на аспекте аффекта как разрядки в своей второй теории, был до некоторой степени последствием доминирования в то время теории Джеймса-Ланге.

В любом случае сейчас важен нейропсихологический факт, что аффекты могут сохраняться в лимбических структурах мозга в качестве аффективной памяти (Arnold, 1984).

Если аффекты и эмоции включают субъективное переживание боли или удовольствия и когнитивный и экспрессивно-коммуникативный элементы, а также нейровегетативные паттерны разрядки и если они появляются — как показывает изучение младенцев (Emde et al., 1978; Izard, 1978; Stern, 1985; Emde, 1987) — начиная с первых недель и месяцев жизни, то не являются ли они первичными мотивирующими силами психического развития? Если они включают как когнитивные, так и аффективные черты, что же еще тогда содержится в более широком понятии влечения, чего бы не было в понятии аффекта? Фрейд полагал, что влечения существуют с момента рождения, но он также полагал, что они созревают и развиваются. Можно спорить, является ли созревание и развитие аффектов выражением лежащих под ними влечений, но если все функции и проявления влечений могут быть включены в функции и проявления развивающихся аффектов, становится трудно отстаивать концепцию о независимых влечениях, лежащих в основе организации аффектов. В самом деле, преобразование аффектов в процессе развития, их интеграция с интернализованными объектными отношениями, их явное подразделение в процессе развития на аффекты, связанные с удовольствием, составляющие либидинальный ряд, и аффекты, связанные с болью, составляющие агрессивный ряд, — все указывает на огромное богатство и сложность их когнитивных и аффективных элементов.

Я считаю, что традиционная психоаналитическая концепция аффектов только как процессов разрядки и предположение, что снижение психического напряжения ведет к удовольствию, а повышение к — неудовольствию, привела к ненужному усложнению понимания аффектов в клинической ситуации. Якобсон (Jacobson, 1953) привлекла внимание к тому факту, что состояния напряжения (например, сексуальное возбуждение) могут быть приятными, а состояния разрядки (тревога) могут быть неприятными. Якобсон, параллельно с Брирли (Brierley, 1937), пришла к заключению, что аффекты — это не только процессы разрядки, а сложные и длительные феномены психического напряжения.

Якобсон также описала, как когнитивные аспекты аффектов соотносятся с их вкладом в репрезентации "Я" и объектов как в Эго, так и в Супер-Эго. Она пришла к заключению, что аффективные вклады этих репрезентаций образуют клинические проявления вле-

чений. Другими словами, какое бы производное влечение ни было диагностировано в клинической ситуации — например, сексуальный или агрессивный импульс — пациент в любом случае переживает в этот момент образ или репрезентацию "Я" в отношениях с образом или репрезентацией другого человека ("объекта") под воздействием соответствующего сексуального или агрессивного аффекта. И всегда, когда аффективное состояние пациента подвергается исследованию, обнаруживается его когнитивный аспект, обычно отношение "Я" к объекту под воздействием аффективного состояния. Когнитивные элементы влечений, пишет Якобсон, представлены когнитивными взаимоотношениями между репрезентациями "Я" и объектов и между "Я" и действительными объектами. Сандлер (Sandler and Rosenblatt, 1962; Sandler and Sandler, 1978) приходит к аналогичному выводу относительно тесной связи между аффектами и интернализованными объектными отношениями.

Пытаясь прояснить взаимоотношения между аффектами и настроениями, Якобсон (Jacobson1957b) определяет настроения как временную фиксацию и генерализацию аффектов по отношению ко всему миру интернализованных объектных отношений, т.е. генерализацию аффективного состояния на все репрезентации "Я" и объектов индивида на ограниченный промежуток времени; настроения, таким образом, являются обширными, хотя и относительно слабыми аффективными состояниями, которые окрашивают на некоторое время весь мир интернализованных объектных отношений.

Аффект и объект

Я предполагаю, что раннее аффективное развитие основано на прямой фиксации ранних аффективно заряженных объектных отношений в форме аффективной памяти. Действительно, работы Эмде, Изарда и Стерна указывают на центральную функцию объектных отношений в активации аффектов.

Различные аффективные состояния по отношению к тому же самому объекту активируются под влиянием различных задач развития и биологически активируемых инстинктивных паттернов поведения. Разнообразие аффективных состояний, связанных с одним и тем же объектом, обеспечивает нам экономическое обоснование того обстоятельства, как аффекты увязываются и преобразуются в

занимающие более высокое положение мотивационнные ряды, которые становятся сексуальным или агрессивным влечением. Например, приятные оральные стимуляции во время кормления и приятные анальные стимуляции во время приучения к туалету могут соединиться в сгущенную память приятных взаимодействий с матерью, связывая оральное и анальное либидинальное развитие.

И наоборот, реакции гнева на фрустрации в оральный период и борьба за власть в анальный период могут соединить созвучные агрессивные аффективные состояния, приводя таким образом к интеграции агрессивного влечения. Далее, интенсивная первичная аффективная заряженность матери для младенца на стадии практики процесса сепарации-индивидуации может позднее связаться с сексуально окрашенным притяжением к ней, исходящим из активации генитальных чувств на эдиповой стадии развития. В целом, аффекты сексуального возбуждения и ярости могут рассматриваться как, соответственно, центральные аффекты, вокруг которых происходит организация либидо и агрессии.

Если мы рассматриваем аффекты как первичные блоки построения влечений и наиболее ранних мотивационных систем, нам попрежнему необходимо объяснить, как аффекты организуются в иерархические системы влечений более высокого уровня. Почему бы просто не сказать, что первичные аффекты сами по себе являются мотивационнными системами? С моей точки зрения, существует такое множество сложных вторичных комбинаций и трансформаций аффектов, что любая теория мотивации, построенная на аффектах, а не на двух основных влечениях будет сложной и клинически неудовлетворительной. Я также считаю, что бессознательная организация и интеграция аффективно обусловленного раннего опыта подразумевает более высокий уровень мотивационной организации, чем тот, что представлен аффективными состояниями как таковыми. Нам необходимо найти такую мотивационную организацию, которая позволит обосновать всю сложную интеграцию аффективного развития во взаимоотношениях с родительскими фигурами.

Попытка заменить теории влечений и аффектов на теорию привязанности или теорию объектных отношений, отвергающих концепцию влечений, ведет к упрощению психической жизни, подчеркивая только позитивные или либидинальные элементы привязанности и игнорируя бессознательную организацию агрессии. Хотя в теории это и не всегда так, но на практике те теоретики объектных отношений, которые отвергают теорию влечений, также, с

моей точки зрения, серьезно недооценивают мотивационные аспекты агрессии.

Аффекты и интрапсихические силы

По всем этим причинам, как я полагаю, нам не следует заменять мотивационную теорию влечений теорией аффектов или теорией объектных отношений. Мне кажется, очень обоснованно было бы рассматривать аффекты как связь между компонентами инстинктов, имеющими биологическую обусловленность, с одной стороны, и интрапсихической организацией влечений, с другой. Соответствие рядов притягивающих и отталкивающих аффективных состояний двум линиям либидо и агрессии имеет смысл как с клинической, так и с теоретической точки зрения.

По моему мнению, концепция аффектов как строительных блоков влечений разрешает некоторые давние проблемы в психоаналитической теории влечений. Она расширяет концепцию эрогенных зон как источников либидо до общего рассмотрения всех физиологически активируемых функций и зон тела, которые могут быть вовлечены в аффективно заряженные взаимодействия младенца и ребенка с матерью. Эти функции включают сдвиг с интереса к телесным функциям на интерес к социальным функциям и разыгрыванию ролей. Предлагаемая мной концепция также обеспечивает нас недостающими в психоаналитической теории звеньями связи между “источниками” агрессивно заряженных взаимоотношений младенца и матери, “зональными” функциями агрессивного отвержения или орального поглощения, анальным контролем, открытыми физическими столкновениями, связанными с припадками ярости и т.д. Я предполагаю, что именно аффективно заряженные объектные отношения обеспечивают физиологические “зоны” энергией.

Ид, согласно этой концепции взаимоотношений между влечениями и аффектами, состоит из вытесненных интенсивных агрессивных или сексуализированных интернализованных объектных отношений. Сгущение и смещение как характеристики содержимого Ид отражают связь между аффективно окрашенными репрезентациями “Я” и объектов со сходной позитивной или негативной валентностью, образуя таким образом соответствующие агрессивные, либидинальные и, позднее, смешанные ряды.

Мое предложение позволяет нам обосновать биологически обусловленный вклад, который привносит в течение жизни аффективный опыт. Этот опыт включает активацию сильного сексуального возбуждения в подростковый и юношеский период, когда эротически окрашенные аффективные состояния интегрируются с генитальным возбуждением и с эротически наполненными эмоциями и фантазиями, идущими от эдиповой стадии развития. Другими словами, интенсификация влечений (как либидинальных, так и агрессивных) на различных стадиях жизни обусловлена включением новых психофизиологически активированных аффективных состояний в иерархически организованные аффективные системы, существовавшие прежде.

Если говорить шире, как только организация влечений консолидировалась как руководящая иерархически организованная мотивационная система, то любая активация влечений в контексте интрапсихического конфликта становится представленной активацией соответствующего аффективного состояния. Это аффективное состояние включает интернализованные объектные отношения, имеющие в своей основе конкретную репрезентацию "Я", находящуюся в отношениях с конкретной репрезентацией объекта под влиянием конкретного аффекта. Реципрокные ролевые отношения "Я" и объекта, оформленные аффектом, обычно находят свое выражение в конкретной фантазии или желании. Если говорить кратко, аффекты становятся сигналами или представителями влечений так же, как и их строительными блоками.

Этот взгляд на аффекты, хотя и находится в противоречии со второй теорией аффектов Фрейда, созвучен с его первой и третьей теориями: с первой теорией — потому что связывает аффекты и влечения; с третьей — потому что подчеркивает врожденную предрасположенность к тем или иным аффектам, которая характеризует первоначальную матрицу Эго-Ид.

Аффекты в психоаналитической ситуации

Описав теорию развития влечений, я возвращаюсь к клиническим проявлениям аффектов, чтобы поддержать предположение Брирли и Якобсон, что клинически мы всегда работаем с аффектами или эмоциями и что аффекты — это сложные интрапсихические структуры, а не просто процессы разрядки.

Психоаналитическая ситуация обеспечивает нам уникальный способ исследования аффектов любого рода — начиная от примитивных (ярость или сексуальное возбуждение) и до когнитивно дифференцированных, имеющих сложное строение. Как указывали Брирли (Brierley, 1937) и Якобсон (Jacobson, 1953), аффекты включают субъективно приятное или болезненное в своей основе переживание. Эти субъективные переживания удовольствия и боли обычно, хотя и не всегда, отделены друг от друга.

Аффекты различаются как количественно, так и качественно: интенсивность субъективных переживаний варьирует, как это обычно можно наблюдать на примере паттернов физиологической разрядки и/или психомоторного поведения. Поведение пациента служит также средством коммуникации его субъективного опыта с аналитиком. Важно, что коммуникативные функции аффектов имеют наибольшее значение для переноса и позволяют аналитику эмпатически сопереживать и (внутренне) эмоционально откликаться на опыт пациента. Содержание аффектов имеет значение при психоаналитическом исследовании аффектов, особенно примитивных, которые, на первый взгляд, могут производить впечатление полностью лишенных когнитивного содержания.

Психоаналитическое исследование интенсивных аффективных вспышек у регрессировавших пациентов, согласно моему опыту, постоянно демонстрирует, что не существует такой вещи, как "чистый" аффект без когнитивного содержания.

Аффекты, которые мы наблюдаем в психоаналитической ситуации, не только всегда обладают когнитивным содержанием, но — и это, я думаю, ключевая находка — всегда также имеют аспект объектных отношений; т.е. они выражают отношение между аспектом "Я" пациента и аспектом той или иной из объект-репрезентаций. Более того, аффект в психоаналитической ситуации либо отражает, либо дополняет реактивные внутренние объектные отношения. В переносе аффективное состояние повторяет важные для пациента в прошлом объектные отношения. И, конечно же, все возникающие в переносе объектные отношения содержат в себе также и определенное аффективное состояние.

Защитные искажения

Проявления конфигураций импульса/защиты в психоаналитической ситуации можно описать как активацию определенных объектных отношений в конфликте. Одна сторона конфигурации явля-

ется защитной; другая отражает импульс или является производной влечения. Мазохистское страдание истерического пациента, который воспринимает аналитика как фрустрирующую и наказывающую фигуру, может служить защитой от стоящих за этим сексуального возбуждения и позитивных эдиповых стремлений: смесь печали, ярости и жалости к себе может отражать аффективное состояние с защитными функциями, направленное против вытесненного сексуального возбуждения. И действительно, когда, говоря с клинической точки зрения, мы указываем на защитное использование одного влечения против другого, мы на самом деле говорим о защитной функции одного аффекта по отношению к другому.

Сам по себе защитный процесс, однако, часто прерывает аффективное состояние. Например, пациент может вытеснять когнитивные аспекты аффекта, его субъективное переживание или все, кроме его психомоторных аспектов. Когда аффективное состояние прерывается, нарушаются доминирующие в переносе объектные отношения и ограничивается полнота осознания пациентом собственного субъективного опыта. Из-за этого страдает и способность самого аналитика к эмпатическому пониманию пациента. Представьте, например, ситуацию, когда аналитик слушает сексуальные мысли обсессивного пациента, лишенные аффективных качеств сексуального возбуждения, оставшихся вытесненными; или драматический аффективный всплеск истерического пациента, лишенный когнитивного содержания опыта; или эмоциональную речь нарциссического пациента, при том, что все его поведение говорит об отсутствии или невозможности любого эмоционального общения. Подобная диссоциация различных компонентов аффектов с защитными целями может производить впечатление, что субъективное переживание аффектов отделено от их когнитивных, поведенческих, коммуникативных аспектов, особенно на начальных стадиях лечения, когда сопротивление наиболее сильно.

Такая защитная диссоциация, похоже, иллюстрирует традиционную психологическую точку зрения, что аффект, восприятие, познание и действие — это отдельные функции Эго. Но как только происходит проработка этих защитных операций и постепенно появляются более глубокие слои интрапсихического опыта пациента, психоаналитик встречается с интеграцией различных компонентов аффекта. Если бессознательный конфликт, проявляющийся в переносе, имеет примитивную природу, то аффекты прояв-

ляют себя в полной мере и концентрируются на субъективном опыте, хотя и сопровождаются полным набором когнитивных, физиологических, поведенческих и коммуникативных аспектов и выражают особые отношения между соответствующими Я- и объект-репрезентациями пациента в переносе.

Эти наблюдения являются подтверждением последних нейропсихологических исследований аффектов, противоречащих традиционной идее отдельного развития аффектов, познания, коммуникативного поведения и объектных отношений (Emde et al., 1978; Hoffman, 1978; Izard, 1978; Plutchik, 1980; Plutchik and Kellerman, 1983; Stern, 1985; Evbde, 1987). Аффекты, таким образом, можно рассматривать как сложные психические структуры, имеющие нерасторжимую связь с когнитивной оценкой текущей ситуации, которую делает индивид, и содержащие позитивную или негативную валентность отношений субъекта и объекта в конкретном переживании. Поэтому аффекты, благодаря компоненту когнитивной оценки, обладают мотивационным аспектом.

К ним подходит определение, которое Арнольд (Arnold, 1970a, 1970b) дает эмоциям: это ощущение намерения что-либо сделать, основанное на оценке. "Эмоция" в данном контексте соответствует тому, что я называю "аффектом". (Как уже было указано в настоящей главе, я предпочитаю оставить термин *эмоция* за аффектами, обладающими высоко дифференцированным содержанием и сравнительно слабыми или умеренными психомоторными или нейровегетативными компонентами.) Арнольд пишет о двух образующих эмоций: статической — оценке; динамической — импульсе по направлению к тому, что оценивается как хорошее, или от того, что оценивается как плохое. Если работа Арнольда отражает общую тенденцию современных нейрофизиологических исследований аффектов, а я думаю, что это именно так, то данные тенденции имеют удивительное сходство с результатами клинических исследований аффектов в психоаналитической ситуации, представленными Брирли (Brierley, 1937) и Якобсон (Jacobson, 1953).

Источники фантазии и экстремальные (пиковые) аффективные состояния

Если в переносе происходит активация интенсивных аффективных состояний, то при этом вспоминаются соответствующие удовлетворяющие или фрустрирующие объектные отношения из про-

шлого, сопровождающиеся попытками их реактивации, если они были удовлетворяющими, или их избегания, если они были болезненными. Такой процесс сопоставления является иллюстрацией того факта, как возникает фантазия — а именно: путем сопоставления всплывающего в памяти состояния с будущим желаемым состоянием в контексте текущего восприятия, которое активирует желание измениться. Структура фантазии отражает, таким образом, одновременное существоание прошлого, настоящего и будущего, что характерно для Ид, предваряя осознание и признание объективных ограничений пространства-времени, характерных для дифференцированного Эго (Jaques, 1982).

От первичной интеграции примитивной аффективной памяти, связывающей "полностью хорошие" или "полностью плохие" пиковые аффективные состояния, ведут свое развитие специфические фантазии исполнения желаний, связывающие "Я" и объект, которые характерны для бессознательной фантазии. Пиковые аффективные состояния возникают в связи с сильно желаемыми (удовлетворяющими) или нежелательными (болезненными) переживаниями, которые становятся мотивами сильных вожделений, соответственно, либо повторить аналогичное аффективное переживание, либо избежать его. Эти вожделения, находящие выражение в форме конкретных бессознательных желаний, составляют мотивационный репертуар Ид. "Вожделение" (desire) выражает более общее мотивациоииое стремление, чем "желание" (wish). Мы могли бы сказать, что бессознательное вожделение находит выражение в конкретных желаниях. Бессознательная фантазия концентрируется вокруг желаний, которые являются конкретными проявлениями вожделений и, в конце концов, влечений.

Пиковые аффективные переживания могут облегчить интернализацию примитивных объектных отношений, организующихся либо на оси приближения, или полностью хорошего, либо на оси отвращения, или полностью плохого. Другими словами, переживание себя и объекта в тот момент, когда младенец находится в пиковом аффективном состоянии, обладает такой интенсивностью, которая облегчает закладку структур аффективной памяти. Первоначально в этих интернализациях еще отсутствует дифференциация между репрезентациями "Я" и объектов. Спутанные, недифференцированные репрезентации или сгущенные "полностью хорошие" Я- и объект-репрезентации выстраиваются отдельно от так же точно спутанных или сгущенных "полностью плохих" Я- и

объект-репрезентаций. Эти наиболее ранние интрапсихические структуры, относящиеся к симбиотической стадии развития (Mahler and Furer, 1968), будут соответствовать затем началам формирования структуры объектных отношений и общей организации либидинального и агрессивного влечения. В то же время интернализация объектных отношений представляет собой источник формирования тройственной структуры личности: интернализованные объектные отношения и соответствующий им аффективный заряд образуют подразделение Эго, Ид и Супер-Эго. Я считаю, что структурные характеристики, ассоциирующиеся с Ид, основаны на сочетании нескольких факторов: примитивности, диффузности и всеобъемлющего характера ранней аффективной памяти, идущей от пиковых аффектов и соответствующих им интернализованных объектных отношений; недифференцированного характера ранней субъективности и раннего сознания и зачаточного характера символических функций, отвечающих за сгущение прошлого, настоящего и ожидаемого "будущего" при образовании ранних фантазий.

Аффективные состояния могут приводить к различным последствиям для развития. Модулированные аффективные состояния могут вносить непосредственный вклад в развитие Эго. Параллельные взаимодействия матери с младенцем и научение в условиях слабого или модулированного аффективных состояний закладывают основу структур памяти, отражающих более тонкие и инструментальные отношения к текущему психосоциальному окружению.

Аффекты и ранний субъективный опыт

Какие у нас есть доказательства, что проявление аффектов у младенца сопровождается субъективным переживанием боли или удовольствия? Имплицитно этот вопрос направлен против идеи ранней субъективности, раннего интрапсихического опыта до начала развития речи и ранней активации интрапсихических мотивационных систем. Исследования состояний напряжения у младенцев, которые возникают после предъявления активирующих аффекты стимулов (такие как, например, исследование частоты пульса), показывают, что напряжение изменяется — либо повышается, либо снижается в соответствии с когнитивными характеристиками стимулов. Другими словами, мы начинаем находить дока-

зательства повышения или понижения интрапсихического напряжения до того, как станут заметны аффективные паттерны экспрессии и разрядки (Sroufe, 1979; Sroufe et al., 1974).

Существует также доказательство того, что диэнцефальные центры, являющиеся медиаторами переживания отталкивающего или притягивающего характера восприятий, уже полностью созрели к моменту рождения, что подтверждает наше предположение ранней способности младенца к переживанию удовольствия и боли. В дополнение к этому, у младенца существует удивительно ранняя способность к когнитивной дифференцировке, которая предполагает наличие потенциала и для дифференциации аффектов. Было бы обоснованным предположить, что трехмесячный младенец способен переживать эмоции так же, как он способен к поведению, показывающему удовольствие, ярость или разочарование (Izard, 1978), это та идея, которую долго развивали Плучик и Келлерман (Plutchik and Kellerman, 1983).

Недавние результаты наблюдений за взаимодействием младенцев с матерями (Stern, 1977, 1985) указывают на то, что в течение первых недель жизни происходит активация способности к различению особенностей, присущих матери, говорящая, что младенец изначально подготовлен к образованию особых схем самого себя и других людей. Когнитивный потенциал младенцев, другими словами, гораздо сложнее, чем это традиционно предполагалось, и то же самое справедливо и для их аффективного поведения.

Аффективное поведение с самого рождения оказывает сильное воздействие на отношения младенца с матерью (Izard, 1978; Izard and Buechler, 1979). Главная биологическая функция врожденных аффективных паттернов младенца — наряду с их поведенческими, коммуникативными и психофизиологическими проявлениями — состоит в том, чтобы сигнализировать окружению (лицу, выполняющему материнские функции) о его потребностях и инициировать, таким образом, коммуникацию между младенцем и матерью, которая отмечает начало интрапсихической жизни (Emde et a1., 1978). Недавние исследования удивляют нас описанием высокого уровня дифференциации, очень рано появляющейся в общении младенца и матери (Hoffman, 1978). Нейропсихологическая теория предполагает, что аффективная память хранится в лимбической коре; эксперименты по прямой стимуляции мозга показывают, что возможна реактивация не только когнитивных аспектов прошлого опыта, но и его аффективных аспектов, в частности,

субъективной, аффективной окраски этого опыта (Arnold, 1970a). Я уже высказывал предположение, что аффекты, действующие как наиболее ранние мотивационные системы, тесно связаны с фиксацией памяти об интернализованном мире объектных отношений (Kernberg, 1976).

Поскольку современная нейропсихологическая теория аффектов предполагает, что их субъективные качества — в своей основе сводимые к удовольствию и боли — являются главной характеристикой, интегрирующей их психофизиологические, поведенческие и коммуникативные аспекты, и поскольку уже с первых недель жизни мы можем наблюдать эти высоко дифференцированные поведенческие, коммуникативные и психофизиологические аспекты аффектов, то вполне обоснованно было бы сделать заключение, что и способность к переживанию удовольствия и боли также существует у ребенка с самого начала жизни. Если мы примем за данное, что аффективные, а также перцептивные и моторные схемы действуют с самого рождения, то субъективные переживания удовольствия и боли (субъективность), как мы можем предположить, образуют первую фазу развития сознания и, таким образом, становятся первой фазой в развитии "Я".

Утверждения Пиаже, что "не существует аффективных состояний, не включающих в себя когнитивных элементов, так же как и не существует поведения, которое было бы полностью когнитивным" и что "аффективность играет роль источника энергии, от которого зависит функционирование, но не зависят структуры интеллекта" (Piaget, 1954), возможно, отражает общепринятые принципы психологического функционирования. Выше в этой главе я уже высказал предположение, что аффективная субъективность, первоначальное переживание "Я", позволяет интегрировать — в форме аффективной памяти — перцептивный, поведенческий и межличностный опыт, так же как и сами аффективные схемы, особенно, в случае если ребенок находится в очень приятном или неприятном аффективном состоянии (пиковом аффективном состоянии), максимально повышающем его готовность и внимание.

Было бы также обоснованным предположить, что подобная сборка структур памяти во время пиковых аффективных состояний может послужить стимулом ранней символической деятельности, при которой один из элементов такого пикового аффективного сочетания становится знаком всего этого сочетания. Зажигаемый

в комнате свет, например, является знаком появления кормящей матери даже до того, как ребенок начнет воспринимать ее саму. Можно спорить по поводу того, когда простые ассоциации и условные рефлексы превращаются в символическое мышление — в том смысле, что один из элементов будет выступать знаком для всего сочетания возникающего опыта вне жесткой связи с условной ассоциацией — но в любом случае обоснованно предположить, что наиболее ранняя символическая функция, активная репрезентация всей последовательности одним из ее элементов, стоящим вне жесткой ассоциативной цели, возникает именно в таких условиях.

Пиковые аффективные состояния будут тогда создавать условия, при которых чисто аффективная субъективность трансформируется в психическую деятельность, обладающую символическими функциями, которая в клинической ситуации предстает перед нами в виде аффективно заряженных структур памяти о приятных отношениях младенца и матери, в которых Я- и объект-репрезентации (несмотря на наличие высокодифференцированных врожденных когнитивных схем) еще не являются дифференцированными. Аффективные структуры памяти, возникающие из неприятных или болезненных пиковых аффективных состояний, в которых Я- и объект-репрезентации также не являются дифференцированными, строятся самостоятельно, отдельно от приятных.

Структуры памяти, возникающие во время пиковых аффективных состояний, сильно отличаются от тех, которые возникают в состоянии покоя или при аффективных состояниях низкого напряжения. Когда младенец пребывает в состоянии покоя, возникающие структуры памяти имею в основном когнитивную, дифференцирующую природу и вносят непосредственный вклад в развитие Эго. Таким образом, обычное научение происходит в ситуациях, когда внимание сфокусировано на текущей ситуации и задачах, при небольшом искажении со стороны аффективного возбуждения и при отсутствии вмешательства со стороны защитных механизмов. Эти структуры памяти выступают, как мы могли бы сказать, в роли ранних предвестников более специализированных и адаптивных функций Эго-структур раннего сознания, отвечающих за "первичную автономию", постепенно интегрирующихся в аффективные структуры памяти и вносящих вклад в более поздние стадии интеграции сознания в целом.

В отличие от них, пиковые аффективные состояния способствуют интернализации примитивных объектных отношений,

организующихся по осям притягательных, абсолютно “хороших” и отталкивающих, абсолютно “плохих” объектов. Переживание себя и объектов в ситуации экстремальной активации аффектов приобретает ту интенсивность, которая облегчает закладывание аффективно заряженных структур памяти. Эти аффективные структуры памяти, состоящие, по своей сути, из Я- и объект-репрезентаций в контексте специфического пикового аффективного переживания, представляют собой наиболее ранние интрапсихические структуры, относящиеся к симбиотической стадии развития (Mahler and Furer, 1988). Они знаменуют собой начало интернализованных (внутренних) объектных отношений и организации либидинального и агрессивного влечений.

Таким образом, я предполагаю, что первая фаза развития сознания характеризуется пиковыми аффективными состояниями и началом символизации. Эта ранняя фаза имеет существенные для ее характеристики черты субъективности и не может рассматриваться как эквивалент стадии, на которой проявляются ранние способности к перекрестной дифференцировке моделей, которая, как подразумевается, соответствует врожденным способностям, оптимально наблюдаемым в экспериментальных условиях слабого или модулированного аффекта. Субъективность подразумевает переживание, а переживание, естественно, является максимальным в условиях пикового аффекта. Субъективность также подразумевает мышление и поэтому требует, как минимум, способности манипулировать символами. Я предполагаю, что этот минимум подразумевает прорыв жесткой цепи условных ассоциаций.

Возможно, особенно важным здесь является постепенное развитие двух параллельных рядов абсолютно хороших и абсолютно плохих фантазийных характеристик этого символического мира: удовольствия, связанного с присутствием “хорошей” кормящей матери, находящегося в полной противоположности к боли, связанной с “плохой” матерью, в ситуации, когда ребенка фрустрируют, расстраивают или злят. Аналогичным образом, преобразование болезненного опыта в символический образ недифференцированного “плохого Я — плохой матери” с очевидностью содержит в себе элемент фантазии, выходящей за рамки реалистического характера “хороших” Я- и объект-репрезентаций. Исходный материал фантазий, становящихся затем вытесненным бессознательным, может отражать преобладание агрессивных образов и аффектов.

Субъективные переживания при пиковых аффективных состояниях могут инициировать построение внутреннего мира, который постепенно разделится на глубинный слой фантастических образов, связанных с интернализованными объектными отношениями, которые приобретаются в периоды пиковых состояний, и на более поверхностный слой, пропитывающий более когнитивно реалистические восприятия внешней реальности, возникающие в обычных состояниях слабого аффекта, когда младенец внимательно исследует окружающий мир. Со временем образование символов и аффективная организация реальности станут характерны и для этого поверхностного слоя восприятия, преобразуя врожденную организацию восприятия в информацию, которой можно манипулировать с помощью символов: таким образом, "сознательное мышление", источник вторичных процессов мышления, возникает на поверхности этого глубинного слоя.

Динамическое бессознательное первоначально включает в себя неприемлемые для человека состояния самосознания под влиянием агрессивно заряженных отношений с репрезентациями объектов, обычно воспринимаемых через призму примитивных защитных операций, в частности, проективной идентификации. Ранние пиковые аффективные состояния, вызванные фрустрацией, активизируют примитивные фантазии о фрустрирующих "объектах", представленных сенсорно-перцептивными переживаниями, которые также могут символизировать собой попытку "удалить" такие непереносимые объекты и яростные желания их разрушить, наряду с преобразованием переживания фрустрации в фантазии о том, что на младенца нападают и ему угрожают. Вытеснение пиковых аффективных переживаний, имеющих приятный характер — в особенности состояний сексуального возбуждения, связанных с неприемлемыми фантазиями, включающими родительские объекты, — идет вслед за более ранними агрессивными желаниями и фантазиями динамического бессознательного. Бессознательные защиты, связанные с примитивными фантазиями, и последующие защиты, которые становятся вторичным подкреплением для вытеснения, приводят со временем к "инкапсуляции" наиболее глубокого, бессознательного уровня агрессивно и либидинально заряженных объектных отношений — Ид.

Поскольку наиболее ранние приятные пиковые аффективные переживания недифференцированных Я- и объект-репрезентаций в условиях абсолютно хороших объектных отношений могут рассмат-

риваться в качестве ядра переживания самого себя, то осознание себя и других оказывается тесно связанным с той областью переживания себя, которая впоследствии становится частью функций и структуры Эго. Хотя аффективно модулированные переживания могут ускорить разграничение областей дифференциации “Я” и объектов уже в самом раннем возрасте, ядро слитного или недифференцированного примитивного опыта уходит своими корнями в ранние Эго и Ид.

Пиковые аффективные переживания порождают, таким образом, ядерную структуру интерсубъективности, как при наиболее ранней идентификации с объектом любви (“интроективной идентификации”), так и при наиболее ранней идентификации с объектом ненависти на “периферии” переживания себя (“проективной идентификации”), которая позже подвергается диссоциации, проецируется более эффективно и, в конце концов, вытесняется.

По этой причине интерсубъективность, независимо от того, включается ли она в переживание себя или отвергается посредством проективных механизмов, является неотъемлемой частью развития нормальной идентичности. Психоаналитик с помощью “конкордантной идентификации” — т.е. эмпатии с центральным субъективным переживанием пациента — и “комплементарной идентификации” — т.е. эмпатии с тем, что пациент не может в себе выносить и активирует посредством проективной идентификации — узнает о мире интернализованных объектных отношений пациента, составляющих часть идентичности его Эго.

Субъективное переживание себя, вместе с его частными аспектами, самосознанием и саморефлексией, ощущением структурного единства и непрерывности во времени, чувством ответственности за свои действия, представляет собой нечто большее, чем субъективную фантазию. Оно образует интрапсихическую структуру: динамически обусловленную, внутренне согласованную, стабильную схему организации психических переживаний и контроля за поведением. Оно является началом для проявления различных психических функций, реализует себя в этих функциях и выступает в роли той части Эго, которая постепенно приобретает в Эго руководящие функции. Оно представляет собой интрапсихическую структуру высшего порядка, природа которой подтверждается в поведении, выражается в формировании характера и в человеческой глубине и моральной определенности в отношениях с другими людьми.

Защиты выталкивают динамическое бессознательное глубже и глубже в глубины психического аппарата, кульминацией этого процесса является установление барьеров вытеснения, которые одновременно выражают взаимное отталкивание и внутреннюю консолидацию Ид и Эго. Динамическое бессознательное невротического пациента и нормального человека — это конечный продукт долгого процесса эволюции психической деятельности, внутри которого качества, присущие сознанию и динамическому бессознательному, переплетены гораздо теснее, чем это можно было бы предположить на основе наблюдения. Но прорыв динамического бессознательного в сознание не является отличительной особенностью пациентов с тяжелой патологией характера или психозом. Межличностное поведение в малых неструктурированных группах или, даже в большей степени, в больших неструктурированных группах, которые временно устраняют или размывают обычные социальные ролевые функции, может приводить к активации, иногда в пугающем обличье, примитивного содержания, вытесненного в форме фантазий и поведения, разделяемых всей группой. Это приводит нас к вопросу о конечной природе мотивационных сил динамического бессознательного и к психоаналитической теории влечений.

Происхождение и структура влечений как мотивационных сил

С моей точки зрения, аффекты являются первичной мотивационной системой в том смысле, что они находятся в центре любого из бесчисленных конкретных удовлетворяющих или фрустрирующих переживаний младенца при взаимодействии с окружающей его средой. Аффекты связывают ряды недифференцированных Я- и объект-репрезентаций таким образом, что постепенно создается сложный мир интернализованных объектных отношений, окрашенных удовольствием или неудовольствием. Но в процессе того, как аффекты связывают интернализованные объектные отношения в два параллельных ряда удовлетворяющих и фрустрирующих переживаний, происходит преобразование самих "хороших" и "плохих" интернализованных объектных отношений. Доминирующий в каждом из рядов интернализованных объектных отношений аффект

любви или ненависти обогащается, модулируется и становится все более сложным.

В конце концов, оказывается, что внутреннее отношение младенца к матери, проходящее под знаком “любви”, представляет нечто большее, чем просто сумму конечного числа конкретных аффективных состояний любви. То же самое справедливо и для ненависти. Таким образом, любовь и ненависть становятся стабильными интрапсихическими структурами, представляя собой две динамически детерминированные, внутренне согласованные, стабильные рамки организации психического опыта и поведенческого контроля в своей генетической преемственности на всех стадиях развития человека. Именно благодаря этой преемственности они консолидируются в либидо и агрессию. Либидо и агрессия, в свою очередь, становятся иерархически высшими мотивационными системами, выражающими себя множеством дифференцированных аффективных предрасположенностей в различных ситуациях. Аффекты — это строительные блоки, или образующие, влечений; со временем они приобретают сигнальную функцию для активации влечений.

Необходимо подчеркнуть, что влечения проявляются не просто в виде аффектов, но посредством активации специфических объектных отношений, включающих в себя аффект, в которых влечение представлено специфическим вожделением или желанием. Бессознательная фантазия — наиболее важная эдипова фантазия — включает в себя специфическое желание, направленное на объект. Желание исходит из влечения и является более определенным, чем аффективное состояние, что служит дополнительным аргументом, чтобы отвергнуть концепцию о том, что аффекты, а не влечения являются иерархически высшими мотивационными системами.

2. ПСИХОПАТОЛОГИЯ НЕНАВИСТИ

Предложив общую теорию аффектов как структурных компонентов влечений, я хотел бы обратиться к одному определенному аффекту, занимающему центральное место в поведении человека. Я имею в виду ненависть, ядерный аффект при тяжелых психопатологических состояниях, а именно при тяжелых расстройствах личности, перверсиях и функциональных психозах. Ненависть происходит от ярости, первичного аффекта, вокруг которого группируется агрессивное влечение; в случае тяжелой психопатологии ненависть может полностью доминировать как в отношении к самому себе, так и к окружающим. Это сложный аффект, являющийся главным компонентом агрессивного влечения и перекрывающий собой другие имеющие всеобщее распространение агрессивные аффекты, такие, как зависть или отвращение.

Ниже я постараюсь сосредоточиться на тех особенностях развития ярости, которые у некоторых пациентов приводят к преобладанию ненависти и тяжелой патологии характера, выражающихся в проявлении ненависти в качестве всеобъемлющего аффекта в переносе. Это развитие позволяет исследовать ненависть психоаналитически, но также бросает серьезный вызов аналитику, который должен привести соответствующую ей психопатологию к разрешению в переносе. Суждения, которые я высказываю ниже, основаны, с одной стороны, на связи между патологией во взаимоотношениях матери и младенца у младенцев, принадлежащих к группе риска, и развитием чрезмерной агрессии у таких младенцев (Massie, 1977; Gaensbauer and Sands, 1979; Call, 1980; Roiphe and Galenson, 1981; Fraiberg, 1983; Galenson, 1986; Osofsky, 1988), и, с другой стороны, на психопатологии чрезмерной агрессии в переносе у пациентов с пограничной организацией личности и нарциссическими и антисоциальными расстройствами личности (Winnicott, 1949; Bion, 1957, 1959, 1970; A.Green, 1977; Moser, 1978; Ogden, 1979; Krause, 1988; Krause and Lutolf, 1988; Grossman, 1991). Наблюдения состояний сильной регрессии у пациентов, демонстрирующих преобладание ненависти в переносе, являются главным источником моих рассуждений.

Ярость

С клинической точки зрения, основное аффективное состояние, характеризующее активацию агрессии в переносе, это ярость. Раздражение — слабо выраженный агрессивный аффект, который сигнализирует о потенциале реакций ярости и в хронической форме предстает в виде раздражительности. Злость — более интенсивный аффект, нежели раздражение, однако более дифференцированный по своему когнитивному содержанию и природе активируемых им объектных отношений. Полностью развернутая реакция ярости — ее всеобъемлющий характер, ее диффузность, затемненность специфического когнитивного содержания и соответствующих объектных отношений — может создавать ошибочное впечатление, что ярость — это "чистый" примитивный аффект. Однако в клинической ситуации анализ реакций ярости — так же как и других интенсивных аффективных состояний — всегда открывает лежащие за ними сознательные и бессознательные фантазии, включающие специфические отношения между аспектом "Я" и аспектом значимого другого.

Исследования младенцев свидетельствуют о раннем появлении аффекта ярости и его первоначальной функции: удалении источника боли или раздражения. При дальнейшем развитии функцией ярости становится удаление препятствий к удовлетворению. Исходная биологическая функция ярости — сигнал ухаживающему за младенцем человеку к удалению того, что раздражает, — становится тогда более направленным призывом восстановить желательное состояние удовлетворения. При бессознательных фантазиях, которые развиваются вокруг реакций ярости, она призвана обозначить как активацию абсолютно плохих объектных отношений, так и желание устранить их и восстановить абсолютно хорошие. На еще более поздней стадии развития реакции ярости могут выполнять функцию последнего усилия по восстановлению чувства автономии перед лицом ситуаций сильной фрустрации, бессознательно воспринимаемых как угрожающая активация абсолютно плохих, преследующих объектных отношений. Бешеное усилие воли направляется на восстановление состояния нарциссического равновесия; этот акт самопринуждения представляет собой бессознательную идентификацию с идеализированным полностью хорошим объектом.

С клинической точки зрения, интенсивность агрессивных аффектов — раздражения, злости или ярости — в целом коррелирует с их психологической функцией: отстаивания автономии, удаления препятствий или барьеров на пути желаемого уровня удовлетворения, либо удаления или разрушения источника глубокой боли или фрустрации. Но психопатология агрессии не ограничивается интенсивностью и частотой приступов ярости. Наиболее тяжелый и доминирующий из аффектов, которые вместе образуют агрессию как влечение, — это имеющий сложное строение и развитие аффект ненависти. Если мы перейдем от развития переноса у пациентов с невротической организацией личности к его развитию у пациентов с пограничной организацией личности, в особенности с серьезной нарциссической патологией и антисоциальными чертами, мы столкнемся не только с приступами ярости в переносе, но и с ненавистью, возникающей вместе с типичными вторичными характерологическими проявлениями и защитами против осознания данного аффекта.

Ненависть

Ненависть — это сложный агрессивный аффект. В противоположность остроте реакций ярости и легко варьирующим когнитивным аспектам злости и ярости когнитивный аспект ненависти является хроническим и стабильным. Ненависть также укоренена в характере, что выражается в мощных рационализациях и соответствующих искажениях деятельности Эго и Супер-Эго. Важнейшей целью человека, захваченного ненавистью, является уничтожение своего объекта, специфического объекта бессознательной фантазии и сознательных производных этого объекта. В глубине души человек нуждается в объекте и вожделеет к нему и так же точно нуждается в его разрушении и вожделеет этого. Понимание данного парадокса находится в центре психоаналитического исследования этого аффекта. Ненависть не всегда является патологической: в качестве ответа на объективную, реальную опасность физического или психологического разрушения, угрозу выживания себя или тех, кого человек любит, она может быть нормальной производной ярости, направленной на устранение этой опасности. Но бессознательные мотивации обычно вторгаются в данный процесс и

приводят к усилению ненависти, как в случае желания мести. Если это становится хронической характерологической установкой, то ненависть уже отражает психопатологию агрессии.

Крайняя форма ненависти требует физического устранения объекта и может выражаться в убийстве или радикальном обесценивании объекта, которое нередко находит свое выражение в символическом разрушении всех объектов: т.е. всех потенциальных взаимоотношений со значимыми другими — как это наблюдается клинически у людей с антисоциальной структурой личности. Эта форма ненависти иногда выражает себя в самоубийстве, когда "Я" идентифицируется с ненавидимым объектом и самоуничтожение — единственный путь устранения объекта.

В клинической ситуации некоторые пациенты с синдромом злокачественного нарциссизма (нарциссическая личность, Эго-синтонная агрессия, параноидные и антисоциальные тенденции) и "психопатическими" переносами (лживость как доминирующая черта переноса) могут постоянно пытаться эксплуатировать, разрушать, символически кастрировать или дегуманизировать значимых других — включая и терапевта — до степени полного подрыва усилий терапевта по защите или восстановлению хотя бы небольшого островка идеализированных примитивных абсолютно хороших отношений. В то же время перенос выглядит удивительно свободным от явной агрессии; хроническая лживость и поиск примитивного абсолютного хорошего состояния "Я" при устранении всех объектов — с помощью алкоголя или наркотиков, путем бессознательных или сознательных усилий включить терапевта в эксплуатацию или разрушение других — вот что является доминирующим. Усилие терапевта воспрепятствовать диффузному разрушению или разложению всего ценного может переживаться пациентом (посредством проективных механизмов) как грубое нападение, которое ведет к появлению направленной ярости и ненависти в переносе; мы становимся свидетелями превращения "психопатического" переноса в "параноидный" (см. гл. 14). Парадоксально, но такое превращение знаменует собой проблеск надежды для подобных пациентов.

Несколько менее тяжелый уровень ненависти проявляется в садистских склонностях и желаниях; такой пациент ощущает бессознательное или сознательное вожделение заставить свой объект страдать вместе, вожделение ощутить сознательное или бессознательное удовольствие от этого страдания. Садизм может принимать

форму сексуальной перверсии с действительным физическим повреждением объекта, или являться частью синдрома злокачественного нарциссизма, садомазохистской структуры личности, или представлять иногда рационализированную, интеллектуализированную форму жестокости, включающую в себя желание унизить свой объект. В отличие от вышеупомянутой всеобъемлющей формы ненависти для садизма характерно желание не уничтожать объект, а поддерживать отношения с ненавистным объектом в форме отыгрывания объектных отношений между активным садистом и его парализованной жертвой. Страстное желание причинять боль и ощущение удовольствие от этого занимают здесь главное место, представляя собой тайный сгусток агрессии и либидинального возбуждения при причинении страданий.

Еще более мягкая форма ненависти проявляется в страстном желании доминировать над объектом, обладать властью над ним, что тоже может включать в себя садистские компоненты, но при этом нападки на объект ограничены требованием подчинения, что подразумевает подтверждение свободы и автономии субъекта. При более тяжелых формах ненависти мы обнаруживаем преобладание анально-садистских компонентов над орально-агрессивными; утверждение своего иерархического превосходства и "территориальности" в социальных взаимодействиях и агрессивные аспекты регрессивных процессов в малых и больших группах — наиболее частые проявления такой более мягкой степени ненависти.

Наконец у людей с относительно нормально интегрированным Супер-Эго и невротической организацией личности с хорошо дифференцированной трехчленной структурой ненависть может принимать форму рационализированной идентификации со строгим, наказывающим Супер-Эго, форму агрессивного утверждения идиосинкратических, но при этом хорошо обоснованных систем морали, оправданного негодования и примитивной приверженности идеям наказания и кары. Ненависть на этом уровне приближается к сублимирующей функции отважного и агрессивного утверждения тех идеалов и этических систем, которым привержен данный человек.

Обычно на этом уровне интеграции существует также тенденция направлять ненависть на самого себя, в форме жесткости Супер-Эго; с клинической точки зрения, мы видим возможность превращения переноса из примитивного "параноидного" в более развитый "депрессивный". Мазохистские и садомазохистские личност-

ные структуры и смешанные невротические констелляции, включающие параноидные, мазохистские и садистские черты, могут испытывать относительно внезапные колебания между депрессивной и параноидной регрессиями в переносе. В отличие от этого на более тяжелых уровнях психопатологии преобладает параноидный перенос, кроме тех случаев, когда психопатический перенос защищает пациентов от появления параноидного.

Полный спектр аффективных и характерологических компонентов ненависти нередко наблюдается в переносе пациентов с патологией второго уровня, которые по крайней мере хотят сохранить ненавистный объект. Постоянство, стабильность и характерологическая укорененность ненависти сочетаются со страстным желанием причинять боль объекту, характерологическим — и иногда сексуальным — садизмом и жестокостью.

Примитивная ненависть также принимает форму стремления разрушить способность ко вступлению в удовлетворяющие отношения с окружающими и возможность научиться чему-либо ценному в этих отношениях (см. гл. 13). Подоплекой этой потребности в разрушении реальности и общения в близких отношениях является, по моему мнению, бессознательная и сознательная зависть к объекту, особенно к такому объекту, который сам внутренне не охвачен подобной ненавистью.

Мелани Кляйн (1957) была первой, кто указал на зависть к хорошему объекту как на важную характеристику пациента с тяжелой нарциссической психопатологией. Такая зависть осложнена потребностью пациента разрушить собственное осознание этой зависти, чтобы не почувствовать весь ужас бешеной зависти, которую он испытывает к тому, что ему дорого и ценно в объекте. Под завистью к объекту и потребностью уничтожить и испортить все хорошее, что может исходить из контактов с ним, лежит бессознательная идентификация с первоначально ненавистным — и необходимым — объектом. Зависть можно рассматривать и как источник примитивных форм ненависти, тесно связанный с оральной агрессией, жадностью и прожорливостью, и как последствие ненависти, происходящее из фиксации на травме.

На поверхностном уровне ненависть к объекту бессознательной и сознательной зависти обычно рационализируется в качестве страха перед разрушительным потенциалом этого объекта, происходящего как от действительной агрессии, испытанной со стороны прошлых объектов пациента, в которых тот очень нуждался (в слу-

чае пациентов, переживших тяжелые травмы), так и от проекций его собственных ярости и ненависти.

Склонности к хроническому и потенциально тяжелому самоповреждению, а также недепрессивному суицидальному поведению часто сопровождают синдром злокачественного нарциссизма. Самоповреждение обычно отражает бессознательную идентификацию с ненавистным и ненавидимым объектом. Ненависть и неспособность выносить общение с объектом защищают пациента от того, что может в ином случае проявиться как сочетание жестоких нападок на объект, параноидных страхов перед ним и направленной на самого себя агрессии при идентификации с объектом.

С клинической точки зрения, перенос характеризуется высокомерием, любопытством и псевдотупостью (неспособностью понимать то, что говорит терапевт), описанными Бионом (1957а), что иллюстрируют выраженные в форме действия вовне зависть пациента к терапевту, разрушение смысла и садизм.

Одна из наиболее постоянных особенностей переноса, в котором преобладают действия вовне, выражающие глубинную зависть, это необычная зависимость пациента от терапевта, проявляющаяся совместно с агрессией по отношению к терапевту — впечатляющая демонстрация “фиксации на травме”. В то же время фантазии и страхи пациента отражают его представление, что пока он будет нападать на терапевта, он будет подвергаться аналогичным атакам ненависти, садистской эксплуатации и преследованиям с его стороны. Очевидно, с помощью проективной идентификации пациент приписывает собственную ненависть и садизм терапевту; эта ситуация иллюстрирует тесную связь между преследователем и преследуемым, хозяином и рабом, садистом и мазохистом, что, в конце концов, отсылает нас к садистской, фрустрирующей, дразнящей матери и беспомощному, парализованному младенцу.

Обычно пациент отыгрывает объектные отношения между преследователем и жертвой, чередуя свои идентификации с каждой из этих ролей и проецируя дополнительную роль на терапевта. В наиболее патологических случаях это выглядит так, как будто единственная альтернатива тому, чтобы быть жертвой, — быть тираном, и повторяющиеся приступы ненависти и садизма, кажется, единственное, что позволяет выжить и почувствовать какой-либо смысл, кроме убийства, самоубийства или психопатии. В более легких случаях возникает дополнительный динамический фактор,

зависть, т.е. нетерпимость к хорошему объекту, избегнувшему этой жуткой жестокости, к объекту, которого ненавидят за то, что он намеренно удерживает в себе нечто (как фантазирует пациент), что превратит этот объект из преследующего в идеальный. Здесь поиск идеального объекта (идеальной матери) является подоплекой нескончаемых вспышек ненависти в переносе.

В еще более легких случаях (при сложных и особых типах садомазохистского поведения в рамках невротической организации личности) мы обнаруживаем бессознательную способность получать удовольствие от боли, искушение переживать боль в качестве предварительного условия переживания удовольствия; в контексте кастрационной тревоги бессознательная вина покрывает эдиповы желания и окончательно превращает пассивно переживаемую боль в активное компромиссное решение соответствующих бессознательных конфликтов.

Вся эта динамика может возникать в сильно сгущенном и смешанном виде, различаясь по степени и пропорции. Общим для нее является интенсивная мотивация к поддержанию связи с ненавистным объектом, связи, которая удовлетворяет все эти примитивные переносы и, с моей точки зрения, отвечает за мощную фиксацию на травматических взаимоотношениях.

Фиксация на травме

Я считаю, что пиковые аффективные состояния организуют интернализованные объектные отношения не только в условиях любви — возбуждения, соответствующего примитивному идеализированному слиянию между абсолютно хорошим "Я" и абсолютно хорошим объектом, — но и в условиях ярости при интернализации первоначально недифференцированных репрезентаций абсолютно плохого "Я" и объекта, которые постепенно складываются в типичные объектные отношения при преобладании ненависти. Мощная связь с травмирующим объектом при преобладании ненависти наблюдалась в исследованиях постоянно избиваемых детей и младенцев из группы риска, а также в исследованиях лиц, переживших экстремально травматические ситуации, таких как взятые в заложники авиапассажиры, которые в конце концов начинают защищать своих захватчиков ("Стокгольмский синдром"). Исследования Фрайберга (Fraiberd, 1983) и Галенсона (Galinson, 1986) особен-

но убедительно показывают, как младенцы интернализуют агрессивное поведение матери по отношению к ним и копируют его в отношениях с ней и другими объектами.

Сильная привязанность к фрустрирующей матери является главным источником превращения ярости в ненависть. Причиной данного превращения является фиксация на травматических отношениях с фундаментально необходимым объектом, переживаемым как абсолютно плохой и разрушивший или поглотивший идеальный, абсолютно хороший объект. Имеющее характер мести разрушение этого плохого объекта направлено на магическое восстановление абсолютно хорошего, но процесс мести ведет к разрушению самой способности "Я" к отношениям с объектом. Это превращение принимает форму не просто идентификации с объектом (матерью), но с *отношением* с нею, так что ненависть матери как преследователя, приводящая к боли, бессилию, чувству парализованности также превращается в идентификацию с ней как с жестоким, всемогущим, разрушительным объектом. В то же время возникает потребность в поиске других объектов, на которые проецируется атакуемое, презираемое и унижаемое "Я". Идентифицируясь как со страдающим "Я", так и с садистским объектом, субъект сам оказывается поглощенным всеобъемлющей агрессией этих взаимоотношений.

Ненависть как оборотная сторона страдания — это основной способ мстительного триумфа над объектом, триумфа также над внушающей ужас репрезентацией "Я", который достигается посредством проективной идентификации и символической мести за прошлые страдания, нашедшей конденсированное выражение в садистических паттернах поведения. Пациенты с подобной мотивацией садистски относятся к окружающим, так как ощущают, что к ним таким же образом относятся их садистские объекты; бессознательно они становятся собственными преследующими объектами, садистски нападая на свои жертвы. Они не могут быть одновременно и жертвой, и преступником. Как преступники они не могут жить без своей жертвы — проецируемого, отчужденного от них, преследуемого "Я"; как жертвы — остаются привязанными к своим преследователям внутренне, а иногда, что шокирует наблюдателя, и внешне.

Крайне противоречивое, непредсказуемое поведение матери, видимо, подкрепляет психопатическую часть спектра ненависти, позволяя интерпретировать ее поведение как предательство со сто-

роны потенциально хорошего объекта, который, таким образом, становится непредсказуемо и всеобъемлюще плохим. Идентификация с предающим объектом приводит на путь мстительного разрушения всех объектных отношений. Именно здесь, по-видимому, находится глубинный источник параноидной страсти к предательству (Jacobson, 1971a, pp. 302—318). Наиболее тяжелая психопатологическая привязанность была описана у младенцев, поведение матерей которых сочетало в себе отвержение, насилие, хаос и дразнящую сверхстимуляцию наряду с хронической фрустрацией (Fraiberg, 1983; Galenson, 1986).

Раньше (Kernberg, 1991b) я уже описывал агрессивный компонент, входящий в сексуальное возбуждение — агрессивный компонент проникновения и принятия в себя — как принятие агрессии на службу любви, использующее эрогенный потенциал переживания боли как важнейший вклад в удовлетворяющее слияние с другим в сексуальном возбуждении и оргазме. Эта нормальная способность к трансформации боли в эротическое возбуждение страдает в случаях, когда отношения матери и младенца характеризуются сильной агрессией, и является, по-видимому, главным мостом, ведущим к эротическому возбуждению от вызывания страданий у других людей, что приводит к консолидации приятных характеристик садистской ненависти. Если в то же самое время, как предполагают Брауншвейг и Файн (Braunschweig and Fain, 1971, 1975), противоположные друг другу эротически стимулирующие и отвергающие установки матери по отношению к младенцу образуют основу для его бессознательной идентификации с дразнящей матерью, так же как и с тем, что его дразнят, и в этом процессе происходит активация его собственного сексуального возбуждения в качестве основного аффекта, то мать, которая чрезмерно дразнит младенца, может направить его ненависть непосредственно в сторону садомазохистских перверсий.

Вообще, если вызвать у младенца или маленького ребенка сильную боль, вначале это приводит к ярости, а затем, посредством механизмов идентификации и превращения, о которых упоминалось выше, к развитию ненависти. Таким образом, как предположил Гроссман (Grossman, 1991), боль через серию внутрипсихических превращений приводит к усилению и психопатологизации агрессии.

Чрезмерная активация агрессии как влечения, в которое важнейший вклад вносит патологически фиксированная ненависть, препят-

ствует нормальной интеграции диссоциированных друг от друга абсолютно хороших и абсолютно плохих интернализованных объектных отношений на исходе фазы сепарации-индивидуации и, следовательно, в начале периода константности объекта и на продвинутой стадии эдипова развития. При повреждении этих процессов чрезмерная агрессия ведет к фиксации на точке, когда абсолютно хорошие и абсолютно плохие интернализованные объектные отношения еще не интегрированы, в то время как репрезентации "Я" и объектов внутри каждого из этих абсолютно хороших и абсолютно плохих объектных отношений дифференцировались друг от друга. Это создает психоструктурные условия для пограничной организации личности, характерной для тяжелых расстройств личности, при которых преобладает преэдипова и эдипова агрессия.

В более благоприятных условиях интеграция абсолютно хороших и абсолютно плохих интернализованных объектных отношений может все же произойти и возникнет константность объекта, ведущая к интеграции структур Эго и Супер-Эго и установлению барьера вытеснения, отделяющего Эго от Ид: трехчленная структура получает свою консолидацию. В таких условиях патологическая ненависть поглощается Супер-Эго. Интеграция ранних садистских предшественников Супер-Эго с преэдиповым идеалом Эго, с одной стороны, и эдиповых запретов и требований с этими ранними структурами Супер-Эго, с другой стороны, ведет к садистским требованиям со стороны Супер-Эго, депрессивно-мазохистской психопатологии и вторично рационализированному характерологическому садизму, коррелирующему с интеграцией жестоких и садистских этических систем. Или, возможно, различные сексуальные патологии, включая перверсии на невротическом уровне организации личности, могут содержать в себе ненависть как относительно безобидный, эротизированный симптом.

Желание унизить — это еще одно проявление ненависти, интегрированной в черты характера, опосредованные Супер-Эго. Обсессивно-компульсивный пациент нуждается в том, чтобы контролировать других и доминировать над ними, для того чтобы чувствовать себя защищенным от опасных вспышек агрессивного неподчинения или хаоса у других людей — таким образом отыгрывая свою идентификацию с ненавистным объектом и проекцию неприемлемых, вытесненных и проецируемых аспектов своего "Я" при относительно высоком уровне психического функционирования. Фиксация на специфических ненавистных объектах может наблю-

даться вместе с целым спектром психопатологии и иллюстрирует, иногда почти в карикатурной форме, привязанность к врагу или преследователю. Об общих источниках основных аффектов ярости и сексуального возбуждения на симбиотической стадии кое-что сообщает нам тот факт, что наивысшая тенденция к взаимной фиксации взгляда существует в условиях интенсивной ненависти и интенсивной любви.

Некоторые замечания о лечении

Далее я хочу привести некоторые общие соображения относительно лечения пациентов с тяжелой психопатологией агрессии, особенно интенсивной ненавистью в переносе. В гл. 3 я указываю на важность постоянных и глубоких интерпретаций фантазий, имеющих место при активации ярости в переносе, особенно на важность интерпретации вторичных защит против признания приятных аспектов ярости. При рассмотрении спектра психопатологии ярости я вначале остановлюсь на последствиях этого аффекта для контрпереноса.

В своих предыдущих работах я указывал (1975, 1984), что пациент, особенно нарциссический пациент с антисоциальными чертами, больше всего ненавидит то, что он в наибольшей степени надеется получить от терапевта — неизменную преданность ему. Пациент ненавидит также (поскольку он ей завидует) творческую способность терапевта, выражающуюся в попытках понять пациента и передать ему свое понимание. Усталость аналитика, ощущение, что его усилия потрачены напрасно, чувство, что пациент чудовищно неблагодарен, может привести к контрпереносу, который сохранит или даже замаскирует действия вовне пациента, выражающие его ненависть и зависть.

Терапевт может попытаться избегнуть этого разочарования, эмоционально отстранившись от пациента. Восстановление спокойствия терапевта может стоить ему внутренней капитуляции, что пациент, и это неудивительно, часто воспринимает и легко переносит, поскольку правильно ощущает как поражение терапевта. В результате возникает ложное равновесие, при котором поверхностное дружелюбие затмевает “паразитический” (Bion, 1970) характер терапевтических отношений.

Или терапевт может войти в союз с процессами расщепления пациента, облегчая перемещение агрессии куда-то в другое место и поощряя создание псевдотерапевтического альянса, обеспечивающего поверхностно дружелюбные отношения в переносе.

Другое решение, часто выбираемое терапевтом, состоит в том, чтобы принять в себя агрессию пациента при полном осознании того, что происходит, но без обнаружения пути превращения этого действия вовне в работающие интерпретации. Такое развитие, напоминающее “мазохистское” подчинение “невозможному” пациенту, часто выбирается терапевтом вполне сознательно, так как он считает, что при достаточной любви многое можно излечить. Подобное мазохистское подчинение пациенту часто сопровождается постоянными агрессивными действиями вовне в контрпереносе, либо прогоняющими пациента, либо бессознательно провоцирующими его уйти.

Однако наиболее вероятной является ситуация, когда терапевт, даже опытный, начинает колебаться в своей внутренней позиции день ото дня, от сеанса к сеансу, от попыток аналитического разрешения активирующейся ненависти в переносе до ее игнорирования и избегания. Эти естественные колебания отражают реальное компромиссное образование, позволяющее терапевту отойти в сторону и оценить последствия своих различных вмешательств и дающее ему передышку, пока он вновь не вернется к активной интерпретативной позиции.

Во всех случаях, как я полагаю, очень важно диагностировать вторичные защиты против ненависти на наиболее патологическом краю спектра агрессии в переносе — т.е. развитие антисоциального или психопатического переноса. Сознательное или бессознательное разрушение пациентом всех взаимоотношений, особенно терапевтических, должно постоянно прослеживаться, при этом терапевту следует полностью осознавать, что подобное прослеживание, возможно, вызовет переключение внешне “спокойных” психопатических отношений переноса на тяжело параноидные и активирует сильнейшую ненависть в переносе. Нормальные функции супер-Эго аналитика, его моральная, но не морализаторская позиция (Э. Тихо (E. Ticho), личное сообщение), будет восприниматься пациентом с антисоциальными тенденциями как разрушительные нападки и критика.

Важно интерпретировать параноидные реакции пациента как часть интерпретаций антисоциального переноса в целом. Такая

интерпретация может звучать примерно следующим образом: "У меня возникает впечатление, что если я укажу вам, что я считаю (то или иное ваше поведение) проявлением вашей глубокой потребности разрушить (определенные отношения), вы истолкуете мое замечание как мое нападение на вас, вместо попытки помочь вам понять то, что я считаю важным аспектом ваших затруднений в данный момент".

Если произошло переключение переноса с преимущественно антисоциального на параноидный, показан обычный технический подход к тяжелым параноидным регрессиям, характер и способ применения которого я обсуждаю далее (гл. 4). Сейчас я только хотел бы подчеркнуть необходимость открытого признания перед пациентом, убежденном в параноидном искажении реальности, что терапевт видит реальность совершенно иначе, но с уважением относится к временной несовместимости своего восприятия и восприятия пациента. Другими словами, "психотическое ядро" переноса идентифицируется, ограничивается и терпится до того, как будет предпринята какая-либо попытка разрешить его посредством интерпретаций. Обычно только на продвинутых стадиях лечения пациентов с тяжелой психопатологией может иметь место интеграция идеализированного и преследующего интернализованных объектных отношений, при соответствующем переключении параноидного переноса на депрессивный — т.е. возникновении у пациента чувств вины, озабоченности опасными последствиями агрессии и желания возместить ущерб для психотерапевтических взаимоотношений.

Там, где садистские элементы наиболее выражены, важно чтобы пациент осознал свое удовольствие от ненависти, о чем я подробно пишу в 3-й главе. Для этого необходимо, чтобы терапевт был способен эмпатически почувствовать то удовольствие, которое подразумевает агрессия пациента. Когда отношения власти становятся главным вопросом в переносе и ненависть начинает выражаться как чрезмерная потребность в утверждении своей власти и автономии, анализ этого аспекта переноса обычно облегчается тем фактом, что в него включаются обычные анально-садистские компоненты, и терапевт имеет дело с более "здоровым" краем спектра психопатологии агрессии.

Еще раз хочу подчеркнуть, что наиболее нежелательными пациентами являются те, у кого интенсивная агрессия сочетается с глубокой психопатологией функционирования Супер-Эго, так что

внутренние ограничители против опасного отыгрывания агрессии теряются, и терапевт может реально опасаться, что освободившиеся разрушительные силы могут превзойти возможности лечения, направленного на их удержание. Это относится к некоторым пациентам с синдромом злокачественного нарциссизма и, видимо, является главной причиной того, что антисоциальные личности в чистом виде не поддаются лечению психоаналитического типа. Важно, чтобы терапевт испытывал достаточное чувство безопасности, чтобы анализ мощных агрессивных сил не создавал нового риска для пациентов и других людей, в том числе и самого терапевта. Реальная оценка такой возможности и реалистическое структурирование ситуации лечения для защиты пациента, терапевта и других людей от чрезмерных и опасных потенциально необратимых последствий агрессивных действий вовне являются предварительным условием успешной работы в данной области.

Часть II
АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПРИ ШИРОКОМ СПЕКТРЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ГРАНИ МАЗОХИЗМА

Мазохизм невозможно понять без рассмотрения превратностей развития либидинальных и агрессивных стремлений, патологии и развития Супер-Эго, уровней организации Эго и патологии интернализованных объектных отношений, степени преобладания нормальных или патологически нарциссических функций. Учитывая всеобщую распространенность мазохистского поведения и конфликтов, не всегда просто понять, когда мазохизм является патологией. Последние тенденции к чрезмерному расширению понятия мазохизма делают особенно важным точное очерчивание данной области (Grossman, 1986).

Ниже я предлагаю общую классификацию мазохистской психопатологии, основанную на уровнях организации личности; я также описываю отношения между этой областью клиники и другими типами психопатологии, которые могут с ней смешиваться. Моя задача состоит в том, чтобы дать описание мазохистской патологии, которое подходило бы для диагностических, прогностических и лечебных целей.

Лапланш и Понталис (Laplanche and Pontalis, 1973) дали наиболее краткое и, на мой взгляд, наиболее удачное определение мазохизма во всей психоаналитической литературе: “Сексуальная перверсия, при которой удовольствие связано со страданием или унижением, которому подвергается субъект”. Они добавляют: “Фрейд раздвигает рамки понятия *мазохизм* за пределы перверсии, описываемой сексологами. Во-первых, он находит мазохистские элементы в бесчисленных формах сексуального поведения и видит

рудименты мазохизма в инфантильной сексуальности. Во-вторых, он описывает производные формы, например, “моральный мазохизм”, при котором субъект в результате бессознательного чувства вины ищет для себя позицию жертвы без какого-либо прямого участия в этом сексуального удовольствии. Это определение обладает тем достоинством, что включает в себя все основные элементы широкого спектра мазохистского поведения.

“Нормальный” мазохизм

Цена, которую платит человек за интеграцию нормальных функций Супер-Эго, это предрасположенность к бессознательному чувству вины при активации вытесненных инфантильных проявлений влечений. Поэтому склонность к небольшим вредным для себя действиям, — например, в качестве отклика на нечто, бессознательно воспринимаемое как эдипов триумф, присуща практически всем. Обсессивное поведение, которое бессознательно выражает магическую поддержку против опасной активации инфантильных запретов и их клинических коррелятов, таких как характерологические запреты и самоограничения полного наслаждения жизнью, также широко распространены. Тенденция к реалистической самокритике, которая может переходить в общее депрессивное настроение — это еще одно проявление такого наносящего себе вред давления Супер-Эго (Jacobson, 1964). Коротко говоря, небольшие проявления “морального мазохизма” являются почти неизбежными спутниками нормальной интеграции функций Супер-Эго. Сублиматорная способность выносить боль (в форме тяжелой работы) как плату за будущие успех и достижения также имеет свои корни в общей нормальной мазохистской предрасположенности.

В сексуальной сфере способность переносить сохранение полиморфно-перверсной инфантильной сексуальности оставляет место для сексуального возбуждения с мазохистскими и садомазохистскими фантазиями и опытом. Как будет замечено в главе 16, садомазохистский аспект инфантильной сексуальности играет важную роль в поддержании равновесия между либидинальными и агрессивными стремлениями, так как представляет собою примитивную форму синтеза любви и ненависти. При садомазохистском удовольствии сексуальное возбуждение и боль объединяются в одно; поэтому давать или принимать агрессию в форме боли означает также давать или принимать любовь в форме эротической стимуляции.

Именно подобное сгущение физических удовольствия и боли ведет путем до сих пор не изученных процессов превращения и предрасположенности к переживанию такого же сгущения психологических удовольствия и боли, когда человек направляет обусловленные Супер-Эго обвинения и атаки на самого себя.

Мазохистская патология характера

Депрессивно-мазохистское расстройство личности

Такая констелляция патологических черт характера образует одно из трех распространенных расстройств личности высокого уровня или невротической патологии характера ("невротической организации личности"; Kernberg, 1984). Остальные два — обсессивно-компульсивное расстройство личности и истерическое расстройство личности. Все эти личностные расстройства обнаруживают хорошо интегрированную личностную идентичность, неспецифические проявления силы Эго (хорошая толерантность к тревоге, контроль импульсов и сублиматорная деятельность) и жесткое, но хорошо интегрированное Супер-Эго. Такие пациенты также способны к установлению глубоких и хорошо дифференцированных объектных отношений.

Депрессивно-мазохистское расстройство личности характеризуется тремя особыми типами черт характера: (1) чертами, отражающими непреклонность Супер-Эго, (2) чертами, отражающими сверхзависимость от поддержки, любви и принятия со стороны других людей, (3) чертами, отражающими трудности в выражении агрессии.

Особенности депрессивно-мазохистской личности, связанные с Супер-Эго, отражаются в тенденции быть чрезмерно серьезным, совестливым и озабоченным по поводу качества работы и исполнения обязательств. Эти пациенты очень надежны и обязательны, склонны строго оценивать себя и устанавливать по отношению к себе высокие требования. Они мрачны, и им не хватает чувства юмора. Но в противоположность своему обычно уважительному, тактичному и заинтересованному поведению, они иногда могут проявлять жестокость в своих суждениях об окружающих, жестокость, которая может быть связана с оправданным негодованием. Если эти люди не дотягивают до собственных высоких стандартов и

ожиданий, они могут впадать в депрессию. Они могут даже, если их чрезмерные требования к себе сочетаются с их бессознательной тенденцией ставить себя в положение жертвы страданий или эксплуатации, бессознательно создавать или поддерживать внешнюю реальность, которая бы оправдывала чувство, что к ним плохо относятся, недооценивают или унижают.

Черты, отражающие сверхзависимость от поддержки, любви и принятия со стороны окружающих, являются проявлением, как показывает психоаналитическое исследование, тенденции чувствовать чрезмерную вину перед другими людьми из-за бессознательной амбивалентности по отношению к любимым и необходимым объектам и быть гиперреакцией на фрустрацию, когда ожидания этих пациентов не оправдываются. Они показывают аномальную уязвимость к разочарованию в других людях, заставляющую их делать многое из того, что им не нравится, чтобы обрести симпатию и любовь. В отличие от нарциссической личности, которая сверхзависима от внешнего восхищения, но не отвечает на это любовью и благодарностью, депрессивно-мазохистская личность обычно способна на глубокую ответную любовь и благодарность. Чувство отверженности и несправедливого отношения со стороны окружающих в ответ на относительно мелкие проявления неуважения может приводить этих пациентов к бессознательному поведению, направленному на то, чтобы заставить объекты своей любви чувствовать себя виноватыми. Запускается цепная реакция повышенной требовательности, чувства отвергнутости и бессознательной тенденции заставить других почувствовать свою вину; следующее за этим действительное отвержение со стороны окружающих может привести к тяжелым проблемам в самых близких взаимоотношениях и стать пусковым механизмом депрессии, связанной с потерей любви.

Пациенты данной категории сталкиваются с трудностями в выражении агрессии и склонны чувствовать депрессию в условиях, которые в норме вызывают злость или ярость. В дополнение к этому, бессознательная вина за выражение злости к окружающим может еще больше осложнить их межличностные отношения, добавив к уже описанной выше цепной реакции еще и склонность к "оправданным" нападкам на тех, в ком они нуждаются и со стороны кого чувствуют одобрение, после чего следует депрессия, униженное, подчиненное или послушное поведение, а затем — вто-

рая волна злости на то, как к ним относятся, и на свою собственную послушность.

То, что я описываю, соответствует описанию “морального мазохизма” в психоаналитической литературе (Freud, 1916, 1919, 1924; Fenichel, 1945, pp. 501—502; Berliner, 1958; Brenner, 1959; Laughlin, 1967; Gross, 1981; Asch, 1985). Обычно соответствующая ему бессознательная динамика группируется вокруг чрезмерного давления со стороны Супер-Эго, исходящего из инфантильных, особенно эдиповых конфликтов, и может выражать себя в бессознательной защитной регрессии к преэдиповой динамике и общему мазохистскому поведению, которые в значительной степени дистанцированны от инфантильных сексуальных конфликтов. В некоторых случаях, однако, бессознательные сексуальные конфликты тесно связаны с мазохистским поведением, так что пациенты проявляют самонаказывающее поведение именно в сексуальной области, в качестве отражения бессознательных запретов против эдиповых импульсов. Такие пациенты могут выдерживать удовлетворяющий сексуальный опыт только при условии объективного или символического страдания, и депрессивно-мазохистская структура личности может сопровождаться настоящей мазохистской переверсией на невротическом уровне. Именно у пациентов с такой структурой личности наиболее часто проявляются мазохистские мастурбаторные фантазии и мазохистское сексуальное поведение без мазохистской перверсии как таковой. Мазохистское поведение, непосредственно выражающее бессознательные чувства вины за эдиповы импульсы, связывает депрессивно-мазохистское и истерическое расстройства личности (см. гл. 4).

Садомазохистское расстройство личности

Такие пациенты обычно демонстрируют чередующееся мазохистское и садистское поведение к одному и тому же объекту. Здесь я не имею в виду индивидов, подчиняющихся своим вышестоящим и тиранизирующих нижестоящих, — такое социальное поведение сочетается с различными патологическими личностными структурами. Те пациенты, о которых я говорю, чередуют самоуничижающее и унижающее, самообесценивающее поведение с садистскими нападками на те же объекты, которые они ощущают необходимыми для себя и к которым глубоко привязаны.

Садомазохистские личности обычно относятся к пограничной организации личности с размытой идентичностью, неспецифическими проявлениями слабости Эго (низкая переносимость тревоги, слабый контроль над импульсами и недостаточные возможности сублимации), преобладанием объектных отношений с частичными объектами и преобладанием примитивных защитных механизмов (расщепление, проективная идентификация, отрицание, примитивная идеализация, всемогущий контроль и обесценивание). В хаосе их объектных отношений выделяются интенсивные хаотические взаимоотношения с наиболее близкими для них людьми. Такие пациенты часто ощущают себя жертвами агрессии окружающих, горько жалуются на несправедливое отношение и легко оправдывают собственную агрессию по отношению к тем людям, от которых зависят. "Отвергающий помощь жалобщик" (Frank et al., 1952) — это их типичная позиция; межличностные и социальные трудности таких пациентов могут вести к хроническим неудачам на работе, в социальных и близких отношениях.

В отличие от импульсивного, высокомерного и обесценивающего поведения на уровне нарциссического функционирования личности садомазохистская личность, находящаяся на явном пограничном уровне, имеет гораздо большую способность к аффективно заряженным и глубоким отношениям с окружающими; она зависима и льнет, в отличие от отстраненной нарциссической личности.

Динамические особенности подобных пациентов включают тяжелые конфликты, как Эдиповы, так и преэдиповы, особенно внутреннюю зависимость от примитивных материнских образов, которые воспринимаются как садистские, нечестные и контролирующие. Такие образы усиливают эдиповы страхи и приводят к сгущению бессознательных эдиповых и предэдиповых проблем в поведении этих пациентов в гораздо большей степени, чем это случается при преэдиповой регрессии у пациентов с депрессивно-мазохистской личностью и преимущественно эдиповой динамикой.

Один пациент-мужчина переживал очень сильные чувства небезопасности и униженности перед своим аналитиком, при этом постоянно ругая его. В своих отношениях с женщинами он, с одной стороны, очень боялся, что те променяют его на более привлекательного мужчину, и требовал от них много времени и внимания для себя; его разрывы с женщинами приводили к патологи-

ческому горю с интенсивными параноидными реакциями, чередующемуся с депрессивным ощущением брошенности.

Недостаточная интеграция функций Супер-Эго, проекция примитивных предшественников Супер-Эго в форме параноидных особенностей и терпимость к противоречиям в поведении — действительно являющаяся рационализацией агрессивного поведения — все это иллюстрирует неудачу в интеграции Супер-Эго у этих пациентов, что заметно контрастирует с ригидной интеграцией Супер-Эго при депрессивно-мазохистском расстройстве личности.

Примитивные самодеструктивность и самоповреждение

В более ранних работах (1975) я описывал группу пациентов, склонных к разрядке агрессии, безразлично — либо вовне, либо на собственное тело. Такие пациенты, явно самодеструктивные, со слабой интеграцией Супер-Эго и удивительной неспособностью к чувству вины, проявляют общие для пограничной личностной организации черты. Наиболее типичным примером являются пациенты, которые достигают неспецифического облегчения тревоги посредством самоповреждения какого-либо рода или импульсивных суицидальных жестов, выполняемых с большой яростью и почти без депрессии.

Такие самодеструктивные пациенты делятся на три группы (Kernberg, 1984). У пациентов с преимущественно сценическим или инфантильным расстройством личности, у тех, кто наиболее точно соответствует описательному пограничному расстройству личности, по DSM-III-R (1987), самодеструкивность возникает в периоды интенсивной ярости, или ярости, смешанной со временными вспышками депрессии. Это поведение часто представляет собой бессознательную попытку восстановить контроль за окружающими, путем пробуждения у них чувства вины — например, когда рвутся отношения с сексуальным партнером или когда что-то мешает реализации желаний пациента.

Наиболее тяжелые случаи самоповреждающего поведения или суицидальные тенденции можно встретить у пациентов со злокачественным нарциссизмом (см. гл. 5). В отличие от первой группы эти пациенты не проявляют интенсивного зависимого или льнущего поведения, они довольно отстранены и не привязаны к ок-

ружающим. Самодеструктивное поведение возникает у них при появлении угрозы их грандиозности, приводящей к переживанию травматического чувства унижения или поражения. Часто это сопровождается явно садистским поведением. Грандиозность находит себе подкрепление в чувстве торжества над страхом или болью и смертью и в ощущении своего превосходства над теми, кто шокирован или огорчен его поведением.

Третий тип хронического самодеструктивного поведения мы находим при определенных атипичных психотических состояниях, которые имитируют пограничную патологию. История причудливых суицидальных попыток таких пациентов, отмеченная особой жестокостью и другими чрезвычайно идиосинкратическими чертами, пробуждает подозрение клинициста о возможности лежащего в их основе психотического процесса.

Все эти самодеструктивные пациенты испытывают сознательное или бессознательное удовольствие, связанное с болью, которую они причиняют себе, и агрессией, направленной на себя. В этом случае боль и агрессия не являются частью патологии их Супер-Эго (бессознательное чувство вины) и не связаны непосредственно или первично с эротическими стремлениями. С клинической точки зрения, эти пациенты иллюстрируют самодеструктивность, находящуюся в зависимости от интенсивности примитивной агрессии, примитивизации всех интрапсихических структур, недостаточного развития Супер-Эго и использования либидинальных и эротических стремлений на службе агрессии. Из своей диффузной деструктивности они черпают ощущение власти, торжествующее ощущение независимости и отсутствие потребности в других людях; клинически это проявляется в неприкрытых попытках разрушения любви и привязанности, благодарности и сострадания у самих себя и у окружающих. Возникает вопрос, можно ли еще рассматривать эту группу как часть мазохистской психопатологии в узком смысле? Бессознательная вина и эротизация боли у них, как правило, отсутствуют.

Вообще, если мы продвигаемся к более тяжелому полюсу спектра мазохистской патологии характера, то обнаруживаем постепенное снижение интеграции Супер-Эго и ослабление участия Супер-Эго в консолидации мазохистской патологии, повышение примитивной и тяжелой агрессии наряду с примитивизацией объектных отношений и защитных операций. Эротизм также увядает на этом полюсе мазохистского спектра.

Синдромы патологической влюбленности

Фрейд утверждал, что при влюбленности Эго лишается либидинальных катексисов, направляющихся на объект любви как на замену идеала Эго (1921). Я согласен с Шассге-Смиржель (Chasseguet-Smirgel, 1985), возражавшей Фрейду, указывая на обогащение либидинальной заряженности "Я" влюбленного человека. При нормальных условиях объект любви, не отвечающий взаимностью на любовь субъекта, оставляется им посредством процесса оплакивания. Когда любовь взаимна, самооценка любящих повышается. Различие между нормальной и мазохистской влюбленностями заключается именно в том, что мазохистские личности чувствуют непреодолимое притяжение к тем объектам, которые не отвечают взаимностью. Действительно, мазохистскую влюбленность характеризует бессознательный выбор такого объекта, который явно не способен или не хочет ответить взаимностью.

Важно провести различие между такими невозможными романами и мазохистской сексуальной перверсией, при которой объект любви приносит сексуальное удовлетворение вместе с физической болью, подчинением или унижением. Хотя эти паттерны могут сочетаться, такое случается редко. Описание сексуального мазохизма, данное Захер-Мазохом в "Венере в мехах" (откуда и идет название "мазохизм"; 1881), соответствует отношениям писателя с его первой женой (а затем и со второй) и иллюстрирует типичные первертные практики в контексте стабильных отношений с любимым объектом.

Пожертвовать собой и всеми своими интересами для кого-либо, кто не отвечает взаимностью (как это драматически иллюстрирует новелла Генриха Манна и фильм "Голубой ангел"), значит, по-видимому, обладать депрессивно-мазохистским расстройством личности. Но драматическое самопожертвование и та легкость, с которой субъект, кажется, отказывается от всего уклада жизни в пользу идеализированного, недоступного объекта любви, могут произвести на клинициста впечатление, что это квазинарциссические качества: игнорирование всех других людей, кроме любимого объекта, полная самопоглощенность страдающего индивида. Действительно, пациент, проявляющий подобную патологическую влюбленность, демонстрирует чувство нарциссического удовлетворения и нарциссической реализованности в этой своей порабощен-

ности недоступным объектом. Он, несомненно, гордится собой как величайшим страдальцем на земле, что динамически связано с нарциссическим удовлетворением от того, чтобы быть "*величайшим* грешником" или "*несчастнейшей* жертвой".

При таком типе патологической влюбленности любовь к недоступному объекту представляет собой подчинение аспектам Эгоидеала Супер-Эго, которые проецируются на объект, и эта болезненная и лишенная удовольствий любовь дает индивиду чувство гордости и эмоциональной насыщенности. Мазохистская привязанность к недоступному объекту любви может также проявляться у пациентов с истерической структурой личности. Например, женщина может влюбляться лишь в мужчин, третирующих ее. В других случаях пациент делает выбор не недоступного, а явно садистского объекта.

Отвержение всех, кто пытается встать между пациентом и его любовью-самопожертвованием, может произвести на наблюдателя впечатление нарциссического, но, с моей точки зрения, оно отражает нормальный детский, а не патологический нарциссизм. Чувство превосходства мазохистского пациента ("я — величайший страдалец на свете") относится к особой области страданий, а не ко всем другим областям жизни пациента.

Например, одна женщина продолжала неприятные для нее отношения с садистским, почти недоступным мужчиной, одновременно поддерживая стабильные глубокие отношения с другими друзьями и знакомыми, имея культурные интересы и выражая преданность работе и семье. В переносе ее критическое и умаляющее поведение по отношению к любой попытке аналитика указать на унижающие себя аспекты ее отношений с садистским любовником соответствовали ее усилиям по поддержанию неприятного характера психоаналитических отношений из-за бессознательного чувства вины за эдиповы желания к аналитику.

На втором, более тяжелом уровне патологической влюбленности, имеет место противоположное развитие, а именно: пациент мазохистски поддерживает невозможные любовные отношения, в то время как все его другие объектные отношения являются нарциссическими. Например, молодая женщина большого очарования и красоты безжалостно чернила и обесценивала мужчин и интересовалась только тем, кто был физически привлекателен, социально престижен, богат или влиятелен. Эти качества она наде-

ялась приобрести через связь с ними и для себя. Отвержение со стороны такого мужчины вызывало тяжелую депрессию, попытки суицида или отрицание того, что она была отвергнута. При отрицании невнимания со стороны интересовавшего ее мужчины она заходила так далеко, что в течение многих месяцев истолковывала любое обычное дружелюбие с его стороны как знак того, что их отношения имеют будущее.

Неудивительно, что когда кто-либо из этих мужчин отвечал на любовь пациентки, через несколько недель она начинала обесценивать его, так же как чернила всех других мужчин в своей жизни. Более того, растущее осознание ею этого паттерна своего поведения привело женщину к поиску еще более недоступных мужчин и бессознательно создало ситуацию, которая точно делала ее отвергнутой, так что ее стремлению к "идеальному мужчине" ничего не угрожало. Другие ее объектные отношения содержали в себе черты, типичные для нарциссического расстройства личности.

В данном случае мы наблюдаем не проекцию нормального идеала Эго на недоступный объект любви, а проекцию патологически грандиозного "Я" вместе с попыткой установления отношений, которые бы бессознательно подтверждали стабильность собственной грандиозности пациента. При аналитическом исследовании такие мазохистские любовные романы нарциссических личностей могут представать в качестве бессознательной попытки упрочить символическую интеграцию характеристик обоих полов внутри своего грандиозного "Я" путем установления симбиотического единства с идеализированным объектом.

В таких случаях отношения к идеализированному объекту любви обычно отражают сгусток эдиповых и преэдиповых проблем: отношения с идеализированным позитивным эдиповым объектом любви и наложившиеся на это отношения с садистским, но при этом необходимым преэдиповым объектом любви. Купер (Cooper, 1985) привлек внимание к сочетанию в клинической практике нарциссических и мазохистских черт характера. Хотя я и не согласен с его предположением, что эти две констелляции характера соответствуют одному базовому типу патологии характера, и думаю, что он недооценивает различия между нормальным детским и патологическим нарциссизмом у этих пациентов, я все же считаю, что синдром патологической влюбленности требует внимательной оценки как своих мазохистских, так и нарциссических характеристик.

Мазохистское сексуальное поведение и перверсия

Мазохизм как сексуальная перверсия характеризуется жестким, обязательным отыгрыванием мазохистского поведения для достижения сексуального возбуждения и оргазма (Freud, 1905; Laplanche and Pontalis, 1913). Мазохистское поведение может включать потребность в переживании физической боли, эмоционального страдания, самоуничижения или унижения. Уровни тяжести сексуальной перверсии могут оцениваться по аналогии с уровнями тяжести мазохистской патологии характера, о которой говорилось выше.

Мазохистская перверсия на невротическом уровне

Сексуальный мазохизм на этом уровне обычно принимает форму сценария, отыгрываемого в контексте объектных отношений, воспринимаемых как безопасные. Типичная бессознательная динамика концентрируется вокруг эдиповых конфликтов, включая потребность в отрицании кастрационной тревоги и смягчении сурового Супер-Эго, чтобы получить сексуальное удовлетворение, имеющее инцестуозное значение. Бессознательные сценарии также включают отыгрывание конфликтных идентификаций с другим полом и идентификации с наказывающим, садистским инцестуозным объектом. “Как бы” игровой характер сексуального сценария, как я позже напишу в главе 16, является общим для всех перверсий на этом уровне. Сексуальная перверсия может включать символическое отыгрывание переживаний первичной сцены, таких как эдипов треугольник в форме menage a trois (любви втроем), при которой мазохистский субъект принужден наблюдать сексуальные отношения между объектом любви и соперником, в качестве условия для полового акта и удовлетворения.

Мазохистская перверсия обычно, но не всегда подразумевает партнера. Существуют мазохистские формы мастурбации, при которых индивид связывает себя и наблюдает за собой в зеркале, испытывая боль в качестве предварительного условия для оргазма, а мастурбационные фантазии имеют обязательный мазохистский характер. Реальное присутствие или отсутствие объекта, с моей точки зрения, менее важно, чем тот факт, что объектные отношения являются подоплекой любого сексуального поведения; внешние характеристики менее важны, чем сознательные и бессозна-

тельные фантазии, отражающие обязательную структуру этой перверсии. Обычно первертный сценарий разрабатывается человеком в деталях, а повторяющееся пунктуальное отыгрывание этого сценария позволяет справиться с бессознательными тревогами и является предварительным условием сексуального удовольствия и оргазма.

Сексуальный мазохизм с самодеструктивными и другими регрессивными особенностями

В отличие от только что описанного уровня мазохизма, существуют такие пациенты, чье поведение кажется лишенным безопасного характера и может угрожать им повреждением, самоповреждением и даже случайной смертью. Такое поведение встречается у пациентов с пограничной организацией личности.

Один пациент, нарциссическая личность с явно пограничными особенностями, требовал, чтобы его привязывали мужчины, с которыми он случайно встречался в барах, излюбленных садомазохистами. Он провоцировал этих мужчин на серьезные драки, в которых ему иногда наносили телесные повреждения. Несколько раз его случайные сексуальные партнеры угрожали ему огнестрельным оружием и грабили.

Другая пациентка, белая женщина, принадлежащая к среднему классу, двадцати с небольшим лет, могла испытывать сексуальное возбуждение, только отдаваясь за деньги мужчинам значительно старше ее или неграм в опасных кварталах. Она осознавала, что потенциальная угроза ее жизни была одним из источников возбуждения при таких встречах. Она также страдала нарциссическим расстройством личности с инфантильными и мазохистским чертами.

В подобных случаях сексуальная перверсия не укладывается в рамки “как бы” игры и отражает серьезную патологию объектных отношений. Иногда не существует реального самоповреждающего поведения, но присутствует причудливая сексуальная активность, при которой неприкрытое анальное, уретральное или оральное содержание окрашивает мазохистский паттерн, придавая ему примитивный, прегенитальный характер. У одного пациента был следующий излюбленный способ половых отношений с женой: чтобы достичь оргазма посредством мастурбации, он заставлял ее сесть на специально сконструированный унитаз, что позволяло ей ис-

пражняться ему на лицо, в то время как он наблюдал за ней. У этого пациента были тяжелые параноидные личностные черты в дополнение к садомазохистской структуре личности.

Излюбленной формой мастурбационного удовлетворения другого пациента служило следующее: он забредал в местный ручей, такой грязный, что приходилось стоять по колено в грязи, и мастурбировал в воду. Это он проделывал ночью, чтобы не видели соседи. Этот пациент также проявлял пограничную организацию личности с параноидными, шизоидными и ипохондрическими личностными особенностями и социальной изоляцией.

Рассмотренные случаи объединяют: 1) сильные, примитивные агрессивные импульсы, 2) тяжелую патологию объектных отношений, 3) преобладание доэдиповых конфликтов и целей в сексуальном мазохистском сценарии и 4) недостаточную интеграцию функций Супер-Эго. Эти пациенты также обнаруживают спутанность сексуальной идентичности, так что гомо- и гетеросексуальные взаимодействия становятся частью их половой жизни при ведущей организующей роли мазохистского сценария.

Крайние формы самоповреждения и самопожертвования

Наиболее тяжелый уровень мазохистской сексуальной перверсии иллюстрируют пациенты, нацеленные на самокастрацию как часть религиозного ритуала или подчинения идеализированному, крайне садистскому примитивному объекту. Я лично не наблюдал таких случаев, хотя принимал пациентов, чьи самоповреждающие желания и поведение были частью несомненно психотической патологии. Я бы также поместил на этот уровень некоторых пограничных пациентов с самоповреждающим поведением, имеющим эротический характер, например, пациентов, которые грызут почти до мяса ногти на руках и проглатывают откусанное, занимаются самоповреждением пальцев на руках и ногах, или пациентов, чья мастурбация связана с самоповреждением гениталий. Группа пациентов с такими характеристиками, относится к синдрому злокачественного нарциссизма и в большой степени перекрывается с самодеструктивной, импульсивно суицидальной или самоповреждающей группой, описанной выше. Главное отличие состоит в повторяющемся характере самоповреждающего поведения; оно выглядит более

хитрым и странным, чем взрывные деструктивные кризисы у предыдущей группы. Эротизация боли и самоповреждения, кажется, приобретает значение торжества над жизнью и смертью, болью и страхом и (бессознательно) надо всем миром объектных отношений. Такие пациенты имеют плохой прогноз при психотерапевтическом лечении.

В качестве резюме я предлагаю следующее подразделение мазохистских синдромов:

А. На невротическом уровне организации личности:
1) депрессивно-мазохистское расстройство личности;
2) мазохистская патологическая влюбленность;
3) мазохистская перверсия.

Б. На пограничном уровне организации личности:
1) садомазохистское расстройство личности;
2) сексуальный мазохизм с самодеструктивными или другими регрессивными чертами;
3) крайние формы самоповреждения и самопожертвования.

Некоторые приложения предложенного мной подразделения

Перечисленные нозологии указывают на широкий спектр патологии, которую можно классифицировать как мазохизм, и на различные структурные и психодинамические условия, являющиеся кодетерминантами клинических особенностей и тяжести каждого из этих синдромов.

Одним из главных и очевидных измерений является универсальный характер мазохистских сексуальных особенностей как элементов сексуальной жизни на всех уровнях нормы и патологии (гл. 15, 16, 17). Тесная связь между эротическим мазохизмом и агрессией как в садомазохистских фантазиях, так и в поведении, и ключевая функция агрессии в определении тяжести мазохизма указывают на базовую динамику инстинктивных конфликтов на всех уровнях психопатологии: взаимодействие и использование либидинальных и агрессивных импульсов.

На невротических уровнях мазохизма агрессия используется на службе эротики; на пограничных уровнях мазохизма эротика используется на службе агрессии; на наиболее глубоком уровне мазохизма эротика вообще исчезает и оставляет место для произрастания того, что кажется культурой агрессии в наиболее чистом виде.

Качество и степень интеграции Супер-Эго, по-видимому, образуют дополнительный организующий центр мазохизма не только при постепенном превращении эротического мазохизма в моральный, но и при обеспечении рамок как эротического, так и морального мазохизма, которые четко дифференцируют мазохистскую патологию высокого уровня с хорошей интеграцией Супер-Эго от синдромов более низкого уровня с тяжелой патологией Супер-Эго. Общий уровень организации Эго — пограничный или невротический — окрашивает и качество объектных отношений, задающих матрицу для мазохистских фантазий и поведения, и ту степень, до которой сексуальный мазохизм может удерживаться в рамках интегрированных любовных отношений. Наконец, консолидация патологически грандиозного “Я” в качестве части нарциссической структуры личности приводит к процессам идеализации, полностью отличным от нормального нарциссического функционирования в контексте интегрированной трехчленной психической структуры. Эротическая идеализация, отражающая проекцию Эго-идеала, приводит совсем к другим результатам по сравнению с эротической идеализацией, отражающей проекцию патологически грандиозного “Я”.

Если говорить коротко, организация Эго, объектные отношения, развитие Супер-Эго, нарциссическая организация и степень интеграции полиморфной перверсной детской сексуальности являются кодетерминантами уровня и клинических особенностей мазохистской патологии. Эдипова психодинамика, включая кастрационную тревогу и инцестуозные конфликты, является центральной при моральном мазохизме и мазохистской перверсии при невротической организации личности; смешивание этих конфликтов с патологически доминирующими преэдиповыми конфликтами, группирующимися вокруг преэдиповой агрессии, создает регрессивные условия, характерные для мазохистского синдрома на уровне пограничной организации личности.

Описанные мной клинические синдромы иллюстрируют тот факт, что на крайних полюсах спектра понятие мазохизма растворяется в других диагностических категориях и психодинамических соображениях. Например, нормальная переносимость боли (при тяжелой работе, отсрочке удовлетворения, признании собственной агрессии) в качестве части сублимационных усилий уже не является мазохизмом в узком смысле слова; эротическое возбуждение при боли легкой степени, игривое принуждение и унижение как части нормального сексуального взаимодействия выпол-

няют так много функций и содержат в себе так много особенностей развития, что термин *мазохизм* не сообщает больше ничего специфического об этом поведении. На другом полюсе самодеструктивные и самопоражающие последствия пограничной и психотической психопатологии также уже не заслуживают термина *мазохизм*: в таких случаях там есть самодеструктивные аспекты, но вряд ли существует хоть какая-то эротизация боли и еще меньше — моральный мазохизм. Действительно, Фрейд (Freud, 1920, 1924, 1937) связывал мазохизм с инстинктом смерти, так что, с его точки зрения, первичный мазохизм представляет собой инстинктивный источник саморазрушения; но приравнивание мазохизма и самодеструктивности на тяжелых уровнях психопатологии растворяет специфическое значение мазохизма как психопатологической единицы.

Другой фактор, влияющий на понимание *мазохизма*, это нормальный и патологический нарциссизм. Мазохистское подчинение обеспечивает нарциссическое удовлетворение; депрессивно-мазохистская личность получает нарциссическое удовлетворение от чувства, что она является жертвой несправедливого обращения, а потому морально выше своего объекта. Самонаказание как плата за нормальное сексуальное удовлетворение, или за успех, или за творчество также получает одобрение со стороны Супер-Эго и, следовательно, приводит к росту самооценки. Поскольку нормальное и невротическое Супер-Эго регулируют самооценку посредством направленных на себя одобрения или критики, мазохистские паттерны поведения имеют важные функции для невротически поддерживаемой самооценки и, в метапсихологических терминах, в поддержании нарциссических запасов Эго. Однако все невротические характерологические образования имеют такую нарциссическую функцию; здесь нет исключительной связи между мазохизмом и нарциссизмом. Самоидеализация, в фантазии связанная с мазохистской патологической влюбленностью, может рассматриваться в качестве примера нарциссических последствий [действия] нижележащей мазохистской структуры.

В отличие от этого, на наиболее тяжелом уровне патологической влюбленности, проекция патологически грандиозного "Я" создает нарциссические ожидания, имеющие качества самопоражения и впечатляющие наблюдателя как глубоко мазохистские. Однако здесь мазохизм, ограниченный одним объектным отношением, является в своей основе отражением нарциссической психопатологии, характерной для других объектных отношений паци-

ента, и не имеет наказующей функции морального мазохизма и удовольствия от боли.

В одной из предыдущих работ я давал определение негативной терапевтической реакции как ухудшения состояния пациента, особенно когда он "сознательно или бессознательно воспринимает терапевта как хороший объект, пытающийся оказать ему важную помощь" (1984). Я предположил, что существуют три уровня негативной терапевтической реакции, исходящие из: 1) "бессознательного чувства вины", что типично для депрессивно-мазохистских личностей; 2) "потребности разрушить получаемое от терапевта из-за бессознательной зависти к нему", типичное для нарциссических личностей; 3) "потребности разрушить терапевта как хороший объект из-за бессознательной идентификации пациента с примитивным садистским объектом, требующим подчинения и страдания в качестве минимального условия для поддержания любых значимых объектных отношений".

В свете представленных здесь находок, я бы хотел сейчас дать новую формулировку первому и наиболее легкому уровню негативной терапевтической реакции — исходящей из бессознательного чувства вины, — который действительно типичен для депрессивно-мазохистской структуры личности и может также возникать при психоанализе лиц с мазохистской перверсией невротического уровня. В противоположность этому, второй и третий уровни негативных терапевтических реакций относятся к другим типам мазохистской патологии.

Негативная терапевтическая реакция, вызванная бессознательной завистью к терапевту, типична для пациентов с нарциссической структурой личности, но она также может возникать у садомазохистских личностей, чье бессознательное чувство вины от того, что им помогают, подкрепляется завистью и досадой на терапевта за его свободу от деструктивного и самодеструктивного потенциала, которого эти пациенты не могут избежать. Поэтому я бы предположил, что негативная терапевтическая реакция, являющаяся результатом бессознательной зависти, не столь специфически связана с нарциссической патологией, как я считал раньше.

Что касается более тяжелых типов негативной терапевтической реакции — связанных с переживанием первичного объекта любви как деструктивного, так что любовь способна выражаться только в форме деструкции, — то мне кажется, что это составляет главную динамику наиболее тяжелых случаев мазохистской патологии, описываемой как в терминах диффузного самодеструктивного поведе-

ния, вызывающего характерологические особенности, так и примитивной сексуальной мазохистской перверсии с опасной (иногда даже для жизни) примитивизацией агрессии. В еще более ранней работе, основанной на описанном Якобсон (Jacobson, 1964) развитии Супер-Эго, я указал, что, по моему мнению, вызывало патологию объектных отношений и развития Супер-Эго у этих пациентов:

1) переживание внешних объектов как всемогущих и жестоких;

2) чувство, что любое хорошее, любящее, взаимно удовлетворяющее отношение с объектом является хрупким, легко разрушаемым и, что еще хуже, содержит в себе семена возможных нападок со стороны слишком сильного и жестокого объекта;

3) чувство, что полное подчинение объекту — это единственное условие выживания, поэтому все связи с хорошим и слабым объектом должны быть более жесткими;

4) как только достигается идентификация с жестоким и всемогущим объектом, возникает веселящее чувство силы и радости, свободы от страха, боли и угроз и ощущение, что удовлетворение агрессии — это единственная значимая форма отношений с окружающими;

5) в качестве альтернативы находится способ отступления путем принятия полностью фальшивого, циничного или лицемерного способа общения, устранения всех суждений, которые подразумевают сравнение между хорошими и плохими объектами, и отрицания важности любых объектных отношений, или успешное маневрирование в хаосе любых человеческих отношений (1984).

Я также нахожу полезной мысль Фэйрберна (Fairbairn, 1954) об установлении "моральной защиты от плохих объектов" в форме внутрипсихического преобразования интернализованных отношений с плохими первичными объектами. Несомненно, что данное Якобсон (Jacobson, 1964) описание ранних уровней развития Супер-Эго и описание Фэйрберном трудностей, возникающих при интернализации плохих объектов, имеют поразительное сходство — если мы выйдем за границы семантических барьеров и существующих между ними базовых метапсихологических различий. Позвольте мне процитировать Фэйрберна:

> "Становясь плохим, он на самом деле принимает на себя бремя "плохости", заключенной до этого в его объектах. Так он пытается очистить их от "плохости"; и

в той степени, в которой ему это удается, получает в награду чувство безопасности, которое характерно для человека, окруженного хорошими объектами. Сказать, что ребенок принимает на себя бремя “плохости”, заключенной до этого в его объектах, значит сказать, что он интернализует плохие объекты. Чувство внешней безопасности, возникающее в результате этого процесса интернализации, однако, сильно ослабляется из-за присутствия внутри него интернализованных плохих объектов. Внешняя безопасность, таким образом, приобретается ценой внешней небезопасности, потому что его Эго отдается на милость банде внутренней пятой колонны или преследователей, против которых необходимо вначале создать, а затем консолидировать жесткие защиты...

Коль скоро ребенок склоняется на сторону своих интернализованных плохих объектов, он становится условно (т.е. морально) плохим в отношениях со своими интернализованными плохими объектами (т.е. своим Супер-Эго); а коль скоро он сопротивляется требованиям со стороны интернализованных плохих объектов, он становится условно (т.е. морально) хорошим, с точки зрения Супер-Эго. Очевидно, что лучше быть условно хорошим, чем условно плохим; но при отсутствии условной “хорошести” лучше быть условно плохим, нежели безусловно плохим...

Лучше быть грешником в мире, управляемом Богом, чем жить в мире управляемом дьяволом... В мире, где правит дьявол, человек может избежать “плохости”, став грешником; но он плох, потому что мир вокруг него плох. Более того, у него совсем нет ощущения безопасности и нет надежды на спасение. Единственная перспектива для него — это смерть и разрушение”.

К какой бы модели мы ни склонялись, но постоянное влияние со стороны ранних садистских предшественников Супер-Эго, важнейшая черта самых глубоких уровней мазохистской патологии, оказывает разрушительное действие на всю следующую за этим интернализацию объектных отношений. Во внутреннем мире таких пациентов и, следовательно, в воспринимаемой ими реальности межличностных отношений человек либо крайне могуществен и жесток, либо ему грозят разрушение и эксплуатация. Если хо-

рошие объектные отношения находятся в постоянной опасности разрушения со стороны этих зловещих сил, они подвергаются обесцениванию из-за присущей им слабости. Так примитивная патология Супер-Эго и патология любых других интернализованных объектных отношений подкрепляют друг друга. Активация этих садистских предшественников Супер-Эго в переносе при наиболее тяжелых из описанных нами разновидностях мазохизма отражается в садомазохистских отношениях с аналитиком, обусловливающих наиболее тяжелые типы негативной терапевтической реакции. Пациент требует от терапевта, чтобы тот был плохим — в качестве примитивной защиты от агрессии, в противном случае остающейся диффузной и опасной; но сама эта “плохость” терапевта угрожает пациенту невозможностью получить от него что-либо хорошее. Многократные интерпретации терапевтом этого регрессивного уровня переноса имеют ключевое значение для оказания помощи пациентам в преодолении глубоко регрессивной мазохистской психопатологии.

4. ИСТЕРИЧЕСКИЕ И СЦЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

В настоящей главе я описываю два взаимосвязанных расстройства личности. Первое — это истерическое расстройство личности, для которого характерно сравнительно сохранное чувство идентичности, способность к стабильным, дифференцированным, эмоционально богатым и эмпатичным отношениям с окружающими, включая способность выдерживать их амбивалентность и сложность, и преобладание защитных механизмов, основанных на вытеснении. Истерическое расстройство личности, определяемое так, как я это делаю здесь, не входит в DSM-III-R.

Второе — это сценическое (histrionic) расстройство личности, которое здесь соответствует тому, что значится в DSM-III-R под тем же названием. Это расстройство соответствует тому, что другие называют "инфантильным", "истероидным", "истероидным дисфорическим", "эмоционально нестабильным" и "типами истериков 3 и 4 по Зетцель" (Zetzel, 1968): у пациентов, которые им страдают, внешне истерические симптомы скрывают более тяжелую патологию. Сценическое расстройство личности входит в категорию пограничной организации личности; оно характеризуется синдромом размытой идентичности, тяжелой патологией объектных отношений и преобладанием примитивных защитных операций, основанных на расщеплении.

Спорные вопросы

Путаная и перекрывающаяся терминология и сдвигающиеся клинические и теоретические рамки внутренне разъедают эту область расстройств личности, ранее объединенную вместе под название "истерия". Некоторые эмпирические исследования, выполненные здесь (в США) и за рубежом (исчерпывающий обзор которых выполнен Мерски (Mersky, 1979), авторами сборника по истерии под редакцией Роя (Roy, 1982), а также Кавенаром и

Уолкером (Cavenar and Walker, 1983)), несколько прояснили эти вопросы, одновременно указав на те области, где по-прежнему существуют взаимная несогласованность и дефицит информации.

С одной стороны, согласие, кажется, существует в том, что чем более тяжелым является расстройство личности пациента в рамках истерического спектра, тем более вероятно наличие симптомов, соответствующих "конверсионной истерии". Точно так же пациенты с тяжелыми "диссоциативными реакциями" или даже с психотическими реакциями, которые можно классифицировать как "истерические психозы" также демонстрируют тяжелые нарушения личности в рамках широкого спектра, прежде называвшегося "истерическим". Эти нарушения, однако, перекрываются с нарушениями личности, входящими в спектр "пограничной" патологии.

С другой стороны, чем более расстройство личности соответствует "истерической личности" из психоаналитической литературы (расстройство личности при достаточно хорошем функционировании, или "невротическая" часть спектра "истерических" личностей), тем слабее связи между конверсионными симптомами, диссоциативными реакциями и истерическим расстройством личности как таковым. Если говорить коротко, то парадоксальное впечатление, производившееся литературой по истерии в прошлом, состоит в том, что связи между расстройством личности, конверсионной реакцией и диссоциативными симптомами тем сильнее, чем грубее нарушения личности и чем сильнее они смешаны с другими тяжелыми типами нарушений личности, и тем слабее, чем более дифференцированно проявляются характеристики именно истерической личности.

Проведение более четкого различия между конверсионным синдромом, диссоциативным синдромом и расстройством личности кажется вполне обоснованным первым шагом в прояснении этой области психопатологии.

Главная проблема, которая в течение многих лет обсуждается в литературе (Marmor, 1953; Chodoff and Lyons, 1958; Easser and Lesser, 1965, 1966; Lazare, 1971; Luisada et al., 1974; Chodoff, 1974; Blacker and Tupin, 1977; Krohn, 1978; Millon, 1981; Tupin, 1981) состоит в следующем: можно ли рассматривать истерическую личность в терминах тяжести патологических черт характера или следует делать различие между "истерическим расстройством личности", соответствующим классическим описаниям, выполненным Райхом (Raich, 1953), Абрахамом (Abraham, 1979), Виттель-

сом (Wittels, 1931) и Фенихелем (Fenichel, 1945), и расстройством личности, соответствующим более регрессивному, “пограничному” уровню организации личности, которое называют “истероидным” (Easser and Lesser, 1965), “типом 3 и 4 по Зетцель” (Zetzel, 1968), или “инфантильной” личностью (Kernberg, 1975).

DSM-III-R несомненно причисляет сценическое расстройство личности к этому второму, более нарушенному типу. Можно возразить, что DSM-III-R выбирает путь объединения всего спектра истерических расстройств личности под заголовком “сценическое расстройство личности”, а не пытается предложить разграничение двух типов, которое вроде бы подкрепляется клиническими данными. Клиническое описание данного расстройства в DSM-III-R, однако, отвергает такое предположение: описание соответствует только регрессивной части спектра и оставляет за скобками то, что можно было бы назвать “истерической личностью”.

Независимо от того, каких взглядов — концептуальных, клинических и исследовательских — придерживаются специалисты, имеющие дело с этой психопатологией, я думаю, обоснованно согласиться хотя бы прояснить семантические вопросы: 1) классическая истерическая личность включает в себя широкий спектр близких к ней патологических черт характера — от истерического расстройства личности как такового, относящегося к “высокому” уровню, до “сценического” (в смысле DSM-III-R), или истероидного, или инфантильного, или типа 3 и 4 по Зетцель, расстройства личности, относящегося к низкому уровню; 2) это расстройство личности “низкого” уровня также соответствует тому, что DSM-III-R и эмпирические исследователи, работающие в этой области, называют “пограничным расстройством личности”. Психоструктурная концепция Стоуна (Stone, 1980; см. также Kernberg, 1984) рассматривает инфантильную личность (пограничное расстройство личности, по DSM-III-R) как один из типов, входящих в более широкий спектр “пограничной организации личности”.

По эвристическим соображениям, я буду использовать термин *истерическое расстройство личности* для описания высшего уровня этого континуума и рассматривать его отдельно от “сценического расстройства личности”, соответствующего нижнему уровню спектра. В действительности, клиницист встречается с пациентами, представляющими промежуточные уровни психопатологии, так что эти “чистые” типы можно рассматривать либо как полюса континуума, либо как дискретные типы личности с переходными формами.

Клинические описания

Как истерическое, так и сценическое расстройства личности имеют разные характеры у мужчин и женщин. Особенности этих расстройств, общие для каждого из двух полов, представлены в следующих описаниях.

Истерическая личность у женщин

Главная характеристика этих женщин — эмоциональная лабильность. Они легко вступают в отношения с окружающими и способны на теплые и поддерживающие привязанности — при том, что важным исключением является заторможенность их сексуальности. Они обычно эмоционально демонстративны и даже театральны, но проявления аффектов находятся под контролем и имеют социально адаптивный характер. Тот способ, которым они драматизируют свои эмоциональные переживания, может производить впечатление, что их эмоции поверхностны, но исследование говорит об обратном: их эмоциональные переживания подлинны; эти женщины могут быть эмоционально лабильны, но они не являются непостоянными и непредсказуемыми в своих эмоциональных реакциях. Они теряют эмоциональный контроль только перед лицом тех, с кем находятся в интенсивном конфликте, особенно имеющем сексуальную или конкурентную природу.

С этими людьми истерические женщины склонны впадать в эмоциональный кризис, но они всегда обладают способностью восстановления после него и впоследствии реалистически оценивают этот кризис. Они легко плачут и склонны к сентиментальности и романтизму, но их когнитивные способности сохранны, и понимание ими сложных человеческих реакций находится в ярком противоречии с явной незрелостью их эмоциональных проявлений. Различие между их в целом приемлемыми социальными взаимоотношениями и специфическими объектными отношениями, связанными с сексуальностью, состоит в том, что они склонны демонстрировать инфантильное, регрессивное поведение только в ситуациях, которые имеют реальный или символический сексуальный характер и касаются людей, воспринимаемых ими как носителей иодительских ролей. Их импульсивность ограничена такими спе-

цифическими взаимодействиями или редкими ситуативными аффективными вспышками.

Истерические пациенты общительны и активно вовлечены в отношения с окружающими. Эта экстраверсия проявляется в легкости социальных контактов и окрашена тенденцией к эксгибиционизму и чрезмерной зависимости от окружающих. Они хотят, чтобы их любили, хотят находиться в центре внимания и притяжения, особенно в ситуациях с сексуальным оттенком. Их зависимость от того, как другие люди их оценивают, сбалансирована четким ощущением того, каким социально признанным реальным требованиям они должны соответствовать, чтобы получать эту любовь и одобрение, а их детская, льнущая зависимость ограничена сексуальным контекстом. В реальности детская установка в близких отношениях и в целом зрелая установка в обычных социальных взаимодействиях являются ключевыми характеристиками истерической личности. Некоторые истерические женщины кажутся робкими или застенчивыми, но тем не менее они подспудно излучают провоцирующую сексуальную соблазнительность, что может даже акцентироваться этой робостью.

Женщины с истерической личностью обычно демонстрируют псевдогиперсексуальность в сочетании с сексуальной заторможенностью; они одновременно сексуально провокативны и фригидны. Их сексуальные привязанности имеют характер треугольника, в котором они находятся вместе с мужчинами, недоступными или связанными с другими женщинами. Их провокативное поведение может вызывать у мужчин сексуальный отклик, который они затем воспринимают как нападение или оскорбление и на который реагируют со страхом, негодованием и отвержением.

Истерическая женщина склонна к конкуренции как с мужчинами, так и с женщинами. Конкуренция с мужчинами содержит в себе скрытые страхи и конфликты, связанные с сознательно или бессознательно ощущаемой униженностью по сравнению с ними. Подтипы покорной или конкурентной истерических личностей отражают характерологические фиксации на этих подчиненных — часто мазохистских — и конкурентных паттернах. Психоаналитическое исследование обычно раскрывает, что женщины используют регрессивное инфантильное поведение как защиту от вины за взрослые аспекты сексуальности. Некоторые женщины склонны подчиняться мужчинам, которых они воспринимают как садистов, во искупление чувств вины и в качестве платы за сексуальное удов-

летворение. Большой интерес представляет дифференцированность характера конкуренции этих пациенток с мужчинами и женщинами в отличие от более регрессивно недифференцированных паттернов патологических реакций на мужчин и женщин у пациентов со сценическим расстройством личности.

Некоторые дополнительные аспекты истерической личности, описанные в более ранней литературе, в последнее время были поставлены под сомнение. Например, раньше предполагалось, что истерические пациенты высоко внушаемы. Клинические наблюдения указывают на то обстоятельство, что внушаемость возникает только в контексте идеализированных, романтизированных и льнуще зависимых отношений и легко может сменяться подозрительностью, недоверием, надутостью и упрямством в условиях интенсивной конкуренции с мужчинами или женщинами.

Другая характеристика, обычно приписываемая истерической личности, — чрезмерная зависимость. Как уже отмечалось, зависимость характерна только для некоторых очень тесных отношений. Третья подразумеваемая характеристика истерических пациентов — эгоцентризм: сосредоточенное на себе, извиняющее себя, тщеславно эксгибиционистское, требующее к себе внимания поведение этих пациенток и их чувствительность к реакциям других людей. Но данная характеристика не соответствует их действительной способности к глубоким отношениям с окружающими, стабильности их привязанностей, преданности и приверженности. Другие атрибуты, подразумевающие недостаточную способность к эмоциональной вовлеченности вкупе с недостатком моральных функций также не характерны для этого расстройства личности — например, эмоциональная поверхностность, ложные аффекты, лживость и pseudologia fantastica, упоминаемые в более ранней литературе.

Шапиро (Shapiro, 1965) и Горовиц (Horowitz, 1977) описывают когнитивный стиль истерических пациентов, который характеризуется склонностью к глобальному (по сравнению с детальным) восприятию, избирательным невниманием и скорее импрессионистическими, нежели точными представлениями. Эти характеристики могут отражать общую, основанную на вытеснении организацию защитных функций, которые вместе с торможением конкурентности (благодаря бессознательному чувству неполноценности как женщины) вносят свой вклад в интеллектуальную заторможенность.

Истерическая личность у мужчин

Блэкер и Тьюпин (Blacker and Tupin, 1977) обобщили характеристики пациентов-мужчин с истерическим и сценическим расстройствами личности. При описании они используют модель континуума патологий характера, ранжирующихся по своей тяжести, под общим заголовком "истерические структуры". Мужчины с истерической личностью обнаруживают такую же склонность к эмоциональной драматизации и аффективной лабильности, что и истерические женщины. Они также демонстрируют взрывы эмоций или аффективные вспышки, импульсивное и инфантильное поведение в условиях близкой эмоциональной вовлеченности при сохранении способности к дифференцированному поведению в обычных социальных условиях.

Мужчины с истерической личностью проявляют несколько паттернов расстройств сексуальной адаптации. Один из паттернов характеризуется качеством псевдогипермаскулинности, театральным преувеличением принятого в культуре маскулинного поведения, обычно с акцентом на независимости, и установку на доминирование и превосходство над женщинами в сочетании с детской надутостью, если эти ожидания не сбываются.

Связанный с этим паттерн, хотя внешне он выглядит как противоположный, — соблазняющее, слегка женственное, инфантильное сексуальное поведение, сочетающее склонность к флирту и гетеросексуальному промискуитету с зависимым, детским отношением к женщинам. В других случаях тип инфантильного Дон Жуана сочетается с акцентом на маскулинной внешности и манерах, а также с легкой зависимостью и детским поведением и склонностью к зависимым, хотя и быстро кончающимся отношениям с доминантными женщинами.

При лечении как женственные, так и гипермаскулинные типы проявляют подспудную сознательную или бессознательную вину за глубокие сексуальные отношения с женщинами и удивительную неспособность к идентификации со взрослой мужской сексуальной ролью в отношениях с женщинами, что находится в резком контрасте с их внешне демонстрируемым поведением. Такие характеристики, особенно представленные псевдогипермаскулинным типом, соответствуют тому, что Райх (Reich, 1933) назвал "фаллически-нарциссическим характером". Такие случаи необходимо дифференцировать от более тяжелого сценического расстройства личности у

мужчин и от сексуального промискуитета как симптома нарциссического расстройства личности у мужчин с соответствующей тяжелой патологией объектных отношений.

Сценическая личность у женщин

Эти пациентки демонстрируют эгоцентричное, самоизвиняющее поведение, которое может также сопровождаться сильной зависимостью от окружающих, но их льнущая зависимость не обнаруживает той взаимности, которая характерна для отношений при истерическом расстройстве личности. В то же время сценические пациентки обладают большей способностью к эмоциональной вовлеченности, чем эмоционально отстраненные и дистантные женщины с нарциссическим расстройством личности. Цепкость и стабильность их крайне незрелых привязанностей контрастируют с отсутствием этой черты у нарциссических личностей.

В отличие от истерического расстройства личности сценические личности проявляют диффузную эмоциональную лабильность, недифференцированные отношения со значимыми другими и незрелые, эгоцентричные эмоциональные привязанности. В противоположность социально приемлемой экстраверсии истерических личностей сценические личности склонны к сверхидентификации с другими и проекции на них своих нереалистических, фантазийных намерений. Драматизация аффекта у такой женщины, эмоционально непостоянное и лабильное поведение, общая возбудимость и изменчивость реакций говорят о лежащей за ними эмоциональной поверхностности и неспособности к дифференцированным объектным отношениям. Сценические личности испытывают большие трудности в глубоком понимании самих себя и других людей, а детская прилипчивая природа всех их объектных отношений контрастирует с истерическими личностями. Выбор ими супруга или сексуального партнера также часто совершенно неадекватен.

Зависимые и эксгибиционистские черты при сценическом расстройстве личности менее сексуализированы, чем при истерическом расстройстве личности. Сценическая личность может использовать сексуальное поведение *глубоко* и неадекватно для проявления своих потребностей в эксгибиционизме и зависимости, у нее меньше сексуальных торможений, и она гораздо чаще склонна к промискуитету по сравнению с истерической личностью. В сексуальной

жизни сценической личности существует меньше особенностей, связанных с вытеснением, но гораздо больше общих диссоциативных особенностей, таких как чередование противоречивых сексуальных фантазий и поведения (выражающихся в полиморфной инфантильной сексуальности). Уровень патологичности каждых конкретных межличностных отношений зависит от степени вовлеченности в эти отношения или близости с другим человеком.

Сценическая личность может проявлять мазохистские склонности, но последние не имеют тесной связи с сексуальным поведением. Она диффузно импульсивна, что приводит к непредсказуемости, объясняющей нестабильность и интенсивность отношений с окружающими, и проявляет неадекватную, сильную или неконтролируемую злость и быстрые смены настроения. Она склонна к суицидальным жестам и попыткам, использует суицидальные фантазии и желания для привлечения внимания и получения поддержки. Манипулятивные угрозы суицида являются только одним из аспектов в целом манипулятивных межличностных отношений. Такие пациентки часто лгут, проявляют антисоциальное поведение и pseudologia fantastica. Такие случаи надо отличать от антисоциального, дополняющего нарциссическое, расстройства личности: прогноз и при лечении, и без него для антисоциальной личности намного хуже.

У сценических пациенток есть склонность к возникновению чувства деперсонализации и (в условиях крайнего стресса) к появлению временных психотических симптомов, не достаточных по тяжести или продолжительности для постановки дополнительного диагноза. Эти характеристики в дополнение к нарушениям идентичности и уже описанным общим особенностям также соответствуют характеристикам, указанным для пограничного расстройства личности в DSM-III-R. С этими ограничениями диагностические критерии сценического расстройства личности, выделенные в DSM-III-R, адекватно отражают существенные характеристики пациенток с таким расстройством личности.

Сценическая личность у мужчин

Сценические личности у мужчин обычно представлены размытой идентичностью, тяжелыми расстройствами объектных отношений и слабостью контроля за импульсами. Они также проявляют промискуитетное, часто бисексуальное и полиморфно-перверсное

сексуальное поведение, антисоциальные тенденции и (с удивительной частотой) сознательную или бессознательную эксплуатацию органически или психогенно обусловленных соматических симптомов. Мужчины — пациенты с “неврозом компенсации” или ипохондрией часто проявляют эмоциональную незрелость, склонность к драматизации, аффективную поверхностность и импульсивность, характерные для сценического расстройства личности, наряду с антисоциальными чертами и склонностями к эксплуатации в своих отношениях с представителями помогающих профессий. Так называемые хаотические или находящиеся под властью импульсов (impulse-ridden) расстройства личности, описанные ранее, которые не соответствуют антисоциальной личности как таковой, отражают то, что сегодня мы бы диагностировали как сценические или нарциссические расстройства личности, функционирующие на явно пограничном уровне. Действительно, во всех случаях мужчин-пациентов со сценическими чертами важен дифференциальный диагноз с нарциссическими и антисоциальными расстройствами личности, что является определяющим для прогностических и терапевтических оценок.

Клиническое течение и прогноз

Хотя до сих пор не существует эмпирических исследований, обеспечивающих твердую основу для прогноза случаев истерических и сценических расстройств, есть наблюдения, свидетельствующие, что женщины с истерическим расстройством личности начинают лучше функционировать в среднем и пожилом возрасте, так что встает вопрос, в какой степени присущая им хорошая сила Эго, способность к заинтересованности в других людях при работе и профессиональной деятельности и постепенная компенсация сексуальных торможений и конфликтов в течение жизни облегчают им социальную и внутрипсихическую адаптацию в этом возрасте. Сценическое расстройство личности, в отличие от этого, часто приводит к декомпенсации в зрелые и пожилые годы. Кумулятивный эффект неспособности придерживаться личных, профессиональных, культурных и социальных ценностей, частые нарушения или неудачи в близких отношениях и размытая идентичность, типичные для личности таких пациентов, — все это может препятствовать обычному социальному научению и приводить к порочному кругу, ухудшающему их функционирование с годами.

Истерическое расстройство личности имеет при психоаналитическом лечении блестящий прогноз. Сценическое расстройство личности дает только умеренно благоприятный прогноз при модифицированном психоаналитическом лечении, но имеет более хороший прогноз при психоаналитической или эксплоративной (exploratory) психотерапии. Совершенствование психоаналитической психотерапии для пограничных расстройств личности в последние годы привело к улучшению прогноза для этих пациентов.

Этиология

Фрейд подчеркивал важность генитальной стадии развития и эдипова комплекса при истерии. Абрахам дополнил эту идею исследованиями в области женского комплекса кастрации, особенно описанием “типа исполнения желаний” и “мстительного типа” истерических личностей у женщин (Abraham, 1920). Абрахам уделил особое внимание аспекту зависти к пенису — тому бессознательному конфликту, который отражается в самом описании истерической личности. Виттельс (Wittels, 1931), Райх (Reich, 1972) и Фенихель (Fenichel, 1945) также внесли свой вклад в понимание отношений между бессознательными внутрипсихическими конфликтами и феноменологическими характеристиками истерической личности. Все они указывали на эдипов комплекс, кастрационную тревогу и зависть к пенису как на основу динамики этой личности, и предполагали, что прегенитальные конфликты, в особенности оральные фантазии и черты характера, представляют собой защитную регрессию от эдипов. Все они подчеркивали преобладание вытеснения и связанных с ним защит — таких, как замещение, аффективные вспышки, обращение аффекта, истерические типы идентификации — и указывали на проявления инстинктивных конфликтов и защит в трансферентном неврозе истерических пациентов.

Мармор (Marmor, 1953), наоборот, предполагал, что оральные фиксации имеют для истерического характера наибольшее значение, что они придают последующему эдипову комплексу этих пациентов сильный прегенитальный оттенок и что большая распространенность истерии среди женщин частично отражает культуральное одобрение “оральной агрессивности, зависимости и пассивности” как женственных черт, более приемлемых у женщин, чем у

мужчин. Последующие дискуссии в психоаналитической литературе, стимулируемые статьей Мармора, постепенно привели к осознанию того обстоятельства, что действительно существуют пациенты с преимущественно оральными конфликтами, сосредоточенными на патологической зависимости, пассивности, свидетельствующие о глубоких нарушениях преэдиповых отношений младенца и матери, но эти случаи соответствуют тому, что мы сейчас называем сценическим, инфантильным или истероидным расстройством личности, тогда как психодинамика кастрационной тревоги и эдипова комплекса соответствуют истерической личности как таковой, как мы ее сейчас определяем.

Иссер и Лессер (Iasser and Lesser, 1965, 1966), Зетцель (Zetzel, 1968; см. также Kernberg, 1975) сосредоточивали внимание на связи между степенью тяжести нарушений в рамках истерического спектра и соответствующих им различиях наиболее распространенных бессознательных конфликтов, защитных операций, структур Эго и характеристик переноса. Согласно этим авторам, преобладающими конфликтами истерической личности как таковой являются эдиповы конфликты, относящиеся к генитальной фазе психосексуального развития. Структура Эго у этих пациентов организована вокруг вытеснения и характеризуется твердой Эго-идентичностью, что отражается в типичных проявлениях невротических переносов. Оральные регрессии этих пациентов являются временными и защитными по своему характеру и могут быть разрешены с помощью интерпретаций, приводя к центральным для них эдиповым конфликтам. Сценические, инфантильные, истероидные или расстройства личности типа 3 и 4 по Зетцель, наоборот, обычно демонстрируют сгусток преэдиповых и эдиповых черт при преобладании преэдиповой (особенно оральной) агрессии и организацию Эго вокруг примитивной диссоциации или расщепления и родственных им защитных механизмов. В лечении это находит выражение в форме примитивных “частично-объектных” переносов, типичных для пограничных пациентов.

Семейная динамика и культуральные факторы

Хотя основная информация в этой области исходит из изучения историй болезни пациентов и психоаналитического исследования их прошлого опыта, литературные данные все более сходятся на

том, что женщины с истерическим расстройством личности происходят из довольно стабильных семей, имеющих общие характеристики. Их отцы описываются как соблазняющие, часто сочетающие сексуально соблазняющее и сверхстимулирующее поведение по отношению к дочерям с резким, авторитарным и иногда сексуально пуританским отношением: соблазн со стороны отца в детстве обычно меняется на запрет на сексуальные и любовные увлечения в подростковом возрасте. Матери этих пациенток описываются как доминирующие и контролирующие жизнь дочерей, часто возникает впечатление, что они пытаются реализовать свои неосуществленные мечты в дочерях. В то же время эти матери эффективны и ответственны дома и в общественной жизни.

Меньше информации имеется о семейных источниках сценического расстройства личности. В целом считается, что эти пациентки происходят из более нарушенных семей, с глубокими хроническими конфликтами, задевающими отношения матери и ребенка и с тяжелыми расстройствами личности у матерей.

Все более распространенным становится мнение, что культуральные факторы играют фундаментальную роль, определяющую организацию патологических черт характера, опосредующих отношения между бессознательным внутрипсихическим конфликтом и социальной адаптацией. Культуральные стереотипы в отношении гендерных ролей, распределение власти между полами и границы одобряемого и разрешаемого сексуального поведения имеют решающее значение для динамической организации патологических черт характера. Литература в данной области все еще в значительной степени спекулятивна, но, возможно, эмпирические исследования помогут нам прояснить эти вопросы и, таким образом, уменьшить искушение судить об этом на основе личных теоретических пристрастий или идеологических убеждений.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Наиболее важным дифференциальным диагнозом для истерических и сценических расстройств личности является их первоначальное различение. Только во вторую очередь их необходимо дифференцировать от других расстройств личности. Важность этого дифференциального диагноза заключается в том, что существуют значительные различия между этими расстройствами в прогнозе и

лечении. Клиническое описание, представленное нами выше, позволяет поставить такой дифференциальный диагноз.

Что касается дифференциального диагноза с другими расстройствами личности, то истерическую личность, во-первых, необходимо дифференцировать от нарциссического расстройства личности, с которым она может смешиваться. Оба включают в себя привлечение внимания и эксгибиционистское поведение; главное отличие состоит в способности пациента к объектным отношениям. Нарциссические личности проявляют недостаточную способность в этой области, они нестабильны в сексуальных привязанностях и обнаруживают холодность, контрастирующую с теплотой и преданностью истерической личности.

У женщин с высоким интеллектом из культурных семей истерическое расстройство личности может смешиваться с обсессивно-компульсивной личностью (компульсивное расстройство личности, по DSM-III-R). Конкурентность этих женщин по отношению к мужчинам и женщинам принимает преимущественно интеллектуальную форму, придавая псевдообсессивный характер их рационализациям и использованию интеллектуализации.

У истерических женщин с сильными мазохистскими чертами, отражающими бессознательные торможения сексуальной свободы и удовольствия, становится важным дифференциальный диагноз с депрессивно-мазохистским расстройством личности (см. гл. 3). Эта категория отсутствует в DSM-III-R, хотя во многом перекрывается с выделенным там самопоражающим расстройством личности. Оно было описано Лафлин (Laughlin, 1967), выделившей следующие признаки данного расстройства: 1) чрезмерно сурово функционирующее Супер-Эго; 2) сверхзависимость от поддержки, любви и принятия со стороны других людей; 3) трудности при выражении агрессии. Во многом все три категории отражают порочный “метаболизм” потребностей в зависимости в качестве своей главной темы. Такие пациенты ощущают вину из-за интенсивной амбивалентности по отношению к любимым и необходимым объектам и сразу же переживают фрустрацию, если их тяга к зависимости не удовлетворяется. В отличие от истерического расстройства личности, однако, у них нет заметных сексуальных конфликтов и особых сексуальных запретов.

Сексуальный промискуитет, часто представленный при истерических, сценических и нарциссических расстройствах личности, нередко требует постановки дифференциального диагноза этих

состояний. Сексуальный промискуитет при депрессивно-мазохистских и истерических расстройствах личности исходит из бессознательной вины. Такие пациенты обычно проявляют стабильность только в тех сексуальных отношениях, которые имеют мазохистский характер. В частности, истерическая личность может выдерживать удовлетворительный сексуальный опыт только в условиях реального или символического страдания. Способность таких пациентов к пониманию, дифференциации и эмпатии по отношению к объектам любви является замечательно высокой в контрасте с неспособностью к этому, проявляемой лицами с нарциссическим расстройством личности. Сексуальный промискуитет при нарциссических расстройствах личности идет рука об руку с тяжелой патологией объектных отношений. Кроме того, при нарциссических расстройствах личности преобладают защитные механизмы грандиозности и всемогущества, проективной идентификации, идеализации и обесценивания, тогда как при истерических расстройствах личности представлены защитные механизмы высокого уровня. Сексуальный промискуитет при сценических расстройствах личности является частью общей полиморфной перверсности сексуальной жизни при слабом вытеснении сексуальных фантазий и незаторможенном, часто хаотичном сексуальном поведении.

При всех расстройствах личности в качестве преобладающего симптома может проявляться депрессия. Депрессивно-мазохистские, истерические, сценические и нарциссические расстройства личности часто проявляют острые или хронические депрессивные реакции, вместе образующие так называемую характерологическую депрессию. Термин *истероидная дисфория* (Liebowitz and Klein, 1981) относится именно к сценическим пациентам с такой хронической предрасположенностью к депрессии, и возникает вопрос, в какой степени некоторые из этих пациентов имеют генетическую предрасположенность к тяжелому аффективному заболеванию, окрашивающему и частично обусловливающему патологию их характера. Механизмы, запускающие депрессию во всех этих случаях, различаются.

Хотя DSM-III-R подчеркивает эксгибиционистский и сценический характер сценического расстройства личности, внимательный анализ обнаруживает, что DSM-III-R описывает пограничное расстройство личности как обнаруживающее черты, сходные со сценическим расстройством. Пациенты с обоими расстройствами описываются как импульсивные или непредсказуемые, проявля-

ющие паттерны нестабильных и интенсивных межличностных отношений, неадекватную сильную злобу или слабый контроль за ней, аффективную нестабильность, склонность к суицидальным жестам и попыткам и неустанные усилия по привлечению внимания и поиску одобрения. Руководство с очевидностью описывает пограничное расстройство личности как проявляющее нарушения идентичности, но характеристика сценической личности также включает нарушения идентичности. И у сценического, и у пограничного расстройства личности описана склонность к развитию кратких психотических эпизодов. Таким образом, сценическое и пограничное расстройства личности, по DSM-III-R, во многом перекрываются или даже совпадают; эта часть руководства, видимо, нуждается в пересмотре.

Лечение

Лечение истерического расстройства личности является, безусловно, психотерапевтическим, причем особенно рекомендуется психоанализ. Нет нужды подчеркивать, что истерическое расстройство личности, так же как обсессивно-компульсивное и депрессивно-мазохистское расстройства личности, обладает блестящим прогнозом при применении всего спектра психоаналитически ориентированных психотерапий, хотя психоанализ и остается лечением, дающим небольшие психотерапевтические результаты (Kernberg et al., 1972). Пациенты, консультирующиеся по поводу умеренных или слабо выраженных невротических симптомов, осложняющих истерическое расстройство личности, могут нуждаться только в лечении этих симптомов. Мягкие формы психосексуальных дисфункций (такие, как заторможенный женский оргазм) могут успешно поддаваться сексуальной терапии. Какой степени тяжести должно достигать истерическое расстройство личности, чтобы требовать лечения, выходящего за пределы снятия симптомов, остается вопросом. Многие пациенты, консультирующиеся у психиатра по поводу относительно ограниченных во времени межличностных конфликтов, связанных с конверсионными симптомами, фобическими реакциями или диссоциативными переживаниями, могут получить пользу от экспрессивной или эксплоративной психотерапии. Пациент может жаловаться только на небольшие симптомы. Однако диагност видит, что истерическое расстройство

личности может иметь сильное влияние на брак пациента, его работу, выбор профессии. В этом случае может быть рекомендовано серьезное психотерапевтическое вмешательство, такое как психоанализ.

Специфические технические трудности при психоаналитическом лечении истерического расстройства личности включают в себя раннее и интенсивное развитие переноса с псевдоэротическими защитами от агрессивных импульсов, развитие регрессии в переносе в качестве защиты от активации непосредственного выражения эдиповых конфликтов, аффективные бури в качестве форм действия вовне и диссоциации аффектов от их бессознательного значения. Такие пациенты могут затруднить терапевту обнаружение элементов негативного переноса по причине их эротизированного переноса.

Лечение сценического расстройства личности не может быть психоанализом; это по сути своей психотерапевтическое лечение, причем рекомендуемой является экспрессивная или эксплоративная психоаналитическая психотерапия. Показана поддерживающая психотерапия, если у пациента есть противопоказания к эксплоративной психотерапии, например, заметные антисоциальные черты, необычно тяжелая патология объектных отношений и действия вовне, представляющие для пациента вторичную выгоду. Сценические личности со вторичными депрессивными симптомами или характерологически обусловленной депрессией могут хорошо реагировать на ингибиторы МАО, трициклические или тетрациклические антидепрессанты. Однако я считаю, что лекарства следует применять только для пациентов с тяжелой депрессией и отменять, если не наблюдается явного и определенного ослабления депрессии в течение нескольких месяцев.

Все случаи сценического расстройства личности должны подвергаться психотерапевтическому лечению как можно раньше после постановки диагноза. В то время как истерическое расстройство личности может постепенно уменьшаться, что выражается в улучшении внутренней и межличностной адаптации с течением лет, то обычное положение пациента со сценическим расстройством личности, не прошедшего курс лечения, в лучшем случае неустойчиво, и существует опасность постепенного ухудшения, по мере того как жизненные возможности теряются или разрушаются.

Пациенты, находящиеся в промежуточном положении между истерической и сценической личностями, представляют себой труд-

ную психотерапевтическую проблему. Я полагаю, что подобные случаи следует пробовать лечить психоанализом и переходить к психоаналитической психотерапии, только если психоанализ противопоказан по таким индивидуальным причинам, как вторичная выгода от болезни, недостаточная мотивация или значительная неспособность к эмоциональной интроспекции. Однако все большую распространенность приобретает тенденция начинать с эксплоративной или психоаналитической психотерапии в сомнительных для психоанализа случаях и переходить к психоанализу позже.

Главными трудностями при психотерапевтическом лечении сценических расстройств личности являются тенденции пациента к массивным действиям вовне, вторичная выгода от ситуации лечения самой по себе, служащей убежищем от жизни, возникновения явного “хаоса” в ситуации лечения, являющегося выражением примитивных переносов, глубокая регрессия в коммуникативном процессе во время лечения, так что невербальное поведение начинает доминировать над вербальным общением. Эти трудности соответствуют в общих чертах техническим проблемам психотерапии всего пограничного спектра расстройств личности.

5. АНТИСОЦИАЛЬНОЕ И НАРЦИССИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

В этой главе наше внимание будет сосредоточено на тесных связях между нарциссическим и антисоциальным расстройствами личности. Главное мое предположение состоит в том, что все пациенты с антисоциальным расстройством личности проявляют черты, типичные для нарциссического расстройства личности, плюс специфическую патологию интернализованной моральной системы (функций Супер-Эго) и особую испорченность мира их интернализованных объектных отношений. Единственным важным исключением из этого правила является относительно редкий и прогностически неблагоприятный клинический синдром "псевдопсихопатической шизофрении", обычно наблюдаемый у хронических больных шизофренией с периодическими улучшениями (при наличии лечения или его отсутствии) и антисоциальным поведением в периоды этих "улучшений", которое исчезает, только если пациент вновь становится психотиком. Существует также группа пациентов, находящихся между нарциссическим и антисоциальным расстройствами личности, которых характеризует то, что я назвал синдромом злокачественного нарциссизма (1984). Этот синдром определяется сочетанием 1) нарциссического расстройства личности, 2) антисоциального поведения, 3) Эго-синтонной агрессии или садизма, направленных против окружающих или выражающихся в специфическом типе торжествующего самоповреждения или попытках суицида и 4) сильной параноидной ориентации.

Таким образом, я описываю измерение антисоциального поведения, связывающее нарциссическое расстройство личности с антисоциальным расстройством личности и со злокачественным нарциссизмом. Характерологическое измерение, связывающее три эти расстройства, напоминает другие характерологические измерения, объединяющие друг с другом иные расстройства личности, например, измерения, связывающие шизоидное и шизотипальное расстройства личности или истерическое расстройство личности и

сценические (или истероидное, или инфантильное) и пограничное расстройство личности (Kernberg, 1984; и глава 4 настоящего издания).

Мой интерес к теме антисоциальных расстройств личности исходит из того, что я считаю недостатком описания данного расстройства в DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Критерии, используемые в Руководстве [DSM-III-R], конечно, достаточно широки, чтобы включить практически все антисоциальные расстройства личности, при которых проявляются преимущественно агрессивный паттерн взаимоотношений и криминальное поведение. Делая ударение на детских предвестниках, DSM-III-R адекватно адресует клинициста к детским источникам этой патологии характера. К сожалению, акцентируясь на криминальном аспекте, оно включает правонарушителей с очень различным личностным обликом и смазывает разницу между социокультурными и экономическими детерминантами делинквентности, с одной стороны, и психопатологией личности, с другой. Таким образом, критерии DSM вносят вклад в то, что Раттер и Гиллер (Rutter and Giller, 1983) называют сваливанием в одну кучу всякого делинквентного поведения, что, по их мнению препятствует усилиям по нахождению специфических предрасполагающих факторов для этого особого расстройства личности. Критерии DSM-III-R также игнорируют неагрессивный, пассивный тип антисоциального расстройства личности, при котором преобладает скорее хронически паразитическое или эксплуататорское поведение, нежели агрессивное. Но наиболее разочаровывающим в описании антисоциального расстройства личности в DSM-III-R я нахожу отсутствие внимания к чертам личности в противоположность вниманию к антисоциальному поведению, в этом я согласен с критикой, высказанной Миллоном (Millon, 1981) десятилетие назад.

Диагноз антисоциального расстройства личности еще более усложняется благодаря используемой терминологии. В 1952 г. DSM-I (Американская психиатрическая ассоциация, 1952) отошло от традиционного термина *социопатическая личность*, подчеркивающего социально дезадаптивные стороны этих пациентов и взаимодействие личностных и социальных детерминант, *к социопатическому нарушению личности*. Оно также дифференцировало *антисоциальную реакцию*, относящуюся к психопатам, как их классически определили в англоязычной литературе (Henderson, 1939), от *диссоциальной реакции*, относящейся к пациентам, нарушающим соци-

альные нормы, выросшим в аномальной социальной среде, но все же способным к проявлению сильных личных привязанностей.

“Маска психической нормальности” Клекли (Cleckley, первый раз опубликованная в 1941 г. и вышедшая четвертым изданием в 1964 г.) остается, на мой взгляд, базовым текстом, описывающим то, что мы сейчас называем антисоциальным расстройством личности. В попытке очертить диагноз психопатии, DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) заменило этот термин на *антисоциальную личность* и предложило узкое определение, в своих главных чертах восходящее к работам Гендерсона (Henderson, 1939) и Клекли (Cleclkey, 1941).

> Этот термин относится к индивидам, в своей основе не социализированным, чьи поведенческие паттерны приводят их к постоянному конфликту с обществом. Они неспособны к существенной привязанности к индивидам, группам или социальным ценностям. Они в основном эгоистичны, черствы, безответственны, импульсивны и неспособны чувствовать вину или учиться на опыте и наказаниях. Толерантность к фрустрации у них низка. Они склонны обвинять других или давать благовидные рационализации своего поведения. Простое наличие истории повторных нарушений закона или социальных норм недостаточно для подтверждения этого диагноза.

С клинической точки зрения, это блестяще точное и умное определение; будучи коротким, оно включает ссылки на нарциссические черты личности таких пациентов. После этого DSM-III (Американская психиатрическая ассоциация, 1980) сохранило термин *антисоциальная личность*, добавив в конце *расстройство*, но перешло к более широкому взгляду, ориентированному на криминальное поведение. Эпидемиологические исследования, выполненные О’Нилом с коллегами (O’Neal et al., 1962), Гузом (Guze, 1964a, 1964b) и особенно Робинсом (Robins, 1966) стали основой данного подхода.

Мне кажется, что психоанализ внес свой вклад как в запутывание диагностических вопросов, так и в прояснение структурных характеристик антисоциальной личности. Александер (Alexander, 1930; Alexander and Healy, 1935) выдвинул концепцию “невротического характера” по отношению к патологии характера с антисоциальными

чертами; таким образом, он снивелировал различия между антисоциальным расстройством личности как таковым и другими расстройствами личности. Эйслер (Eissler, 1950), применив термин *аллопластические защиты* в противоположность *аутопастическим защитам*, также внес вклад в гомогенизацию подхода к патологиям характера, что размывало дифференциальный диагноз антисоциальной личности. Акцент, который делала психоаналитическая литература 1940-х и 1950-х гг. на описанных Фрейдом (Freud, 1916) “преступниках из [бессознательного] чувства вины”, приводил к интерпретации антисоциального поведения (наивной, как я теперь думаю) как реактивного образования против бессознательной вины, а не как проявления дефицита в развитии Супер-Эго.

Только после Джонсона и Шурека (Johnson, 1949; Johnson and Szurek, 1952), описавших пробелы в Супер-Эго, психоаналитическое мышление стало обращать внимание на структурные, а не на динамические аспекты антисоциальных личностей. Их сравнительно простая формула быстро сменилась более сложным описанием выраженной патологии Супер-Эго, связанной с нарциссической личностью, которое сделали Розенфельд (Rosenfeld, 1965) и Якобсон (Jacobson, 1964, 1971b), чьи работы оказали влияние на мои собственные взгляды.

“Преступность несовершеннолетних: тенденции и перспективы” Раттера и Гиллера (Rutter and Giller, 1983) дает полный обзор эпидемиологических исследований, изучавших связь между преступным поведением несовершеннолетних и аномальным функционированием их личности в процессе переоценки современного нам знания об этиологии этих состояний. С точки зрения продолжающихся дебатов относительно биологических, психологических и социологических факторов, влияющих на развитие антисоциального поведения, они указывают на четкую связь между специфическими констелляциями раннего детского развития в семье и последующей степенью социального послушания индивида, но утверждают, что механизмы, с помощью которых происходит связывание семейных факторов с преступностью, по-прежнему неясны. Они также указывают на связь между социальными переменами и ростом преступности, вновь подчеркивая недостаточность знаний относительно механизмов этой связи. Они приходят к заключению, что для преступности несовершеннолетних существуют множественные причины, включая влияние групп сверстников, социального контроля и социального научения, биологических факторов, влияю-

щих на крайние типы асоциального поведения и ситуационных факторов. С их точки зрения, абсурдно искать единственное объяснение преступности несовершеннолетних, и, подводя итоги, они подчеркивают, что не может быть четкой стратегии профилактики.

Льюис и ее коллеги (Leuis et al., 1985) в исследовании ранней детской истории людей, совершивших впоследствии убийство, указывают на распространенность психотических симптомов, сильных неврологических нарушений, психозов среди ближайших родственников, их собственное присутствие в качестве свидетеля актов насилия в детском возрасте и тяжелое физическое насилие над ними, таким образом придавая значение как биологическим, так и психосоциальным факторам.

Дикс (Dicks, 1972) исследовал наследственность и развитие личности у ряда массовых убийц из германских СС до и после их работы в концентрационных лагерях. Он получил драматические доказательства того, что эти преступники, хотя и страдали тяжелыми расстройствами личности при преобладании нарциссических, параноидных и антисоциальных черт с самого детства, вступили на путь отвратительного преступного поведения, только когда обучение в СС и лагеря смерти придали социальное обоснование их поведению, а затем вернулись к своему прежнему, не преступному личностному функционированию во время тюремного заключения и после него. Это исследование вносит вклад в эмпирическое изучение социальных фактов, способствующих облегчению преступности. (Очевидно, что и склонность к поджогам у средневековых преступников здесь также следует принимать во внимание).

В идеале антисоциальное поведение следует определять в терминах его психологического значения, а не в поведенческих или юридических терминах. Например, “по крайней мере двукратный побег ночью из родительского дома или дома людей, заменяющих родителей (или однократный побег без возвращения)” — один из критериев антисоциального расстройства личности, по DSM-III-R, — это чисто описательная фраза, неспособная различить, бежит ли ребенок из дома, где невозможно жить, где родители физически издеваются над ним, или из хорошего дома. Далее, “...никогда не мог поддерживать полностью моногамные отношения более чем один год”, — другой критерий DSM-III-R также подходит к большому числу юношей и молодых взрослых, чье любовное поведение может находиться под влиянием разнообразных невроти-

ческих торможений, культурально обусловленных паттернов и практически любого из расстройств личности. Сексуальный промискуитет имеет различное значение в зависимости от социальной среды и личностной структуры, при которых он проявляется. Использование промискуитета в качестве критерия опять смещает диагностический фокус на поведение, вместо сосредоточения его на том, что определяет это поведение.

Предлагаемая диагностическая схема

Я обнаружил, что, независимо от степени преступности (делинквентности) поведения или даже при ее отсутствии, с клинической точки зрения, первым признаком возможного антисоциального расстройства личности является наличие нарциссического расстройства личности. Действительно, клинический профиль антисоциальной личности, описанный Клекли, естественно распадается на три категории: 1) определенные базовые характеристики, отличающие антисоциальную личность от психоза и органического мозгового синдрома: “отсутствие бреда и других признаков иррационального мышления” и “неадекватно мотивированное антисоциальное поведение” (непосредственно доминирующий симптом); 2) ряд характеристик, обнаруживаемых при тяжелой нарциссической патологии характера: “половая жизнь безлична, тривиальна и слабо интегрирована”, “отсутствие отклика в обычных межличностных отношениях”, “общая бедность основных аффективных реакций”, “патологический эгоцентризм и неспособность к любви”; 3) то, что является признаком тяжелой патологии Супер-Эго: “ненадежность”, “лживость и неискренность”, “недостаток раскаяния или стыда”, “слабость суждений и неспособность учиться на жизненном опыте”, “неспособность следовать какому-либо жизненному плану”.

Я нахожу спорным только четыре пункта клинического профиля Клекли: “отсутствие “нервозности” или психоневротических проявлений”, причудливое и непривлекательное поведение в пьяном состоянии и иногда в трезвом”, “редкость суицидов” и “поверхностные обаяние и хороший интеллект”. Многие антисоциальные личности демонстрируют психоневротические симптомы; импульсивный суицид также случается у таких пациентов, как и у пациентов с синдромом злокачественного нарциссизма; а “причуд-

ливое и непривлекательное поведение в пьяном состоянии и иногда в трезвом" кажется мне неспецифичным. Многие пациенты с антисоциальным расстройством личности, особенно принадлежащие к преступному сообществу, не обнаруживают поверхностного обаяния. Кроме того, это расстройство встречается при любом уровне интеллекта.

Но антисоциальное поведение, связанное с нарциссическим расстройством личности, не является достаточной основой для диагноза антисоциального расстройства личности. Как я упомянул выше, существует группа, промежуточная между нарциссическим расстройством личности и антисоциальным расстройством личности, — злокачественный нарциссизм. Антисоциальное поведение может также проявляться в контексте других расстройств личности; дифференциальный диагноз очень важен при оценке данного симптома, поскольку имеет как прогностическое, так и терапевтическое значение. Антисоциальное поведение при ненарциссической структуре личности является прогностически более благоприятным по сравнению с крайне плохим прогнозом в случае антисоциального поведения при антисоциальном расстройстве личности как таковом.

Антисоциальное поведение может быть также следствием нормальной или патологической адаптации к высоко патологичному социальному окружению, такому как "культура банды"; хотя это клинически и не часто встречается, но "диссоциальная реакция" из DSM-I стала полезным напоминанием об этой группе пациентов. Иногда антисоциальное поведение может служить эквивалентом невротического симптома: невротическое подростковое бунтарство, например, может иногда принимать форму антисоциального поведения.

Антисоциальное поведение следует изучать в контексте общего уровня организации функций Супер-Эго пациента, что приводит нас к новому рассмотрению вопроса о "преступнике из бессознательного чувства вины". Антисоциальное поведение, исходящее из бессознательного чувства вины, и соответствующий бессознательный поиск наказания должны дифференцироваться от огромного большинства случаев, при которых саморазрушительность и самопровоцируемое наказание являются следствием антисоциального поведения, но не отражают такой бессознательной мотивации. Действительно, психоаналитическая гипотеза о бессознательном чувстве вины может продемонстрировать свою валидность толь-

ко в том случае, если вина становится осознанной в результате психоаналитической эксплорации. Этого определенно не происходит при интенсивной, длительной психоаналитической психотерапии у большинства пациентов, проявляющих серьезное антисоциальное поведение. В дополнение к этому, с чисто теоретической точки зрения, принимая в расчет все прочие признаки крайнего снижения или отсутствия основных функций Супер-Эго у большинства пациентов с антисоциальным поведением, очень трудно предположить, что они могут действовать, исходя из бессознательного чувства вины.

В клинической практике встречаются пациенты с невротической организацией личности (в противоположность пограничной организации личности), которые могут проявлять антисоциальное поведение, бессознательно нацеленное на самонаказание или получение наказания извне. Тип доминирующего расстройства личности (истерическое, обсессивно-компульсивное, депрессивно-мазохистское) указывает на его довольно редкую этиологию.

В связи с этим сравнительно редкий симптом, pseudologia fantastica, также следует изучать в контексте расстройства личности, при котором он возникает. Pseudologia fantastica можно обнаружить у истероидных, сценических или инфантильных личностей, и прогностически он менее неблагоприятен, чем хроническая лживость или pseudologia fantastica при нарциссических или антисоциальных расстройствах личности. И опять решающее значение имеет выделение ведущей патологии характера при дифференциальном диагнозе антисоциального поведения.

Вопросом, очень часто осложняющим дифференциальный диагноз антисоциального поведения, является наличие алкоголизма или наркомании, а также их вторичных симптомов. Другой близкой и часто сложно вовлеченной психопатологией является антисоциальное поведение и хорошо структурированная перверсия, или сексуальная девиация, — “парафилия”, по терминологии DSM-III и DSM-III-R. По практическим соображениям, главным вопросом здесь является степень, в которой эго-синтонная агрессия встроена в девиантный сексуальный паттерн: чем больше структура личности сдвигается от нарциссической к антисоциальной, тем более такое агрессивное поведение может представлять угрозу для жизни, и подгруппа агрессивных антисоциальных личностей может концентрировать свое поведение на сексуальных насилиях и убийствах.

Классификация и дифференциальный диагноз

Ниже приводится классификация расстройств личности в соответствии с их тяжестью, при которых антисоциальные черты занимают важное место. У всех пациентов, демонстрирующих антисоциальное поведение, полезно вначале проверить наличие диагноза антисоциальной личности как таковой. По этой причине я систематически исследую потенциальную представленность антисоциального поведения у всех пациентов с нарциссическим расстройством личности.

Антисоциальное расстройство личности

Такие пациенты обычно проявляют нарциссическое расстройство личности. Типичными симптомами нарциссической личности в области *патологической любви к себе* являются чрезмерные внимание к себе и центрированность на себе; грандиозность и различные производные эксгибиционизма, позиция превосходства, безрассудство и сверхамбициозность; сверхзависимость от восхищения; эмоциональная пустота; приступы чрезмерной беззащитности, чередующиеся с грандиозностью. В области *патологических объектных отношений* преобладающими симптомами таких пациентов являются огромная зависть (как сознательная, так и бессознательная); обесценивание других в качестве защиты от зависти; склонность к эксплуатации, выражающаяся в жадности, присвоении чужих идей или собственности, позиция человека, которому должны; неспособность к действительной зависимости от других в отношениях взаимности; замечательная неспособность к эмпатии и преданности другим людям. *Основное состояние Эго* подобных пациентов характеризуется хроническим ощущением пустоты, неспособностью учиться, чувством изоляции, стимульным голодом и диффузным чувством бессмысленности жизни.

В дополнение к этому нарциссические пациенты обнаруживают некоторую степень *патологии Супер-Эго*, включая неспособность к переживанию печали по собственному поводу, глубокие перепады настроения, преобладание стыда в противоположность вине при интрапсихической регуляции их социального поведения и систему ценностей, в большей степени детскую, нежели взрослую. Иными словами, они ценят физическую красоту, силу, богатство и

восхищение со стороны окружающих, а не способности, достижения, ответственность и связь с идеалами.

Антисоциальное расстройство личности как таковое представлено даже еще более серьезной патологией Супер-Эго. Антисоциальное поведение этих пациентов включает в себя ложь, воровство, подлоги, мошенничество и проституцию — все преимущественно характерное для “пассивно-паразитического” типа; насилия, убийства и вооруженные ограбления являются характерными для “агрессивного” типа (Henderson, 1939; Henderson and Gillespie, 1969). Другими словами, можно клинически дифференцировать поведенчески агрессивную, садистскую и обычно также параноидную направленность некоторых пациентов с антисоциальным расстройством личности от пассивной, эксплуатирующей, паразитической направленности других.

Следует подчеркнуть, что в случае интеллигентных пациентов, имеющих благоприятное социоэкономическое и культуральное происхождение и проявляющих преимущественно пассивно-паразитический тип антисоциального поведения, детские предвестники подобного поведения могут проявляться очень мягко или даже быть незаметными, особенно в некоторых высоко патологических, хотя и социально адаптированных семьях. Например, один из пациентов был блестящим учеником в начальной школе, средней школе и колледже, социально преуспевающим и всеми любимым молодым человеком. Его периодическое воровство великодушно прощалось родителями, а недостаточное чувство ответственности приписывалось тому, что его портят гиперопекающие и восхищающиеся им мать и дед с бабкой. Он защитил диссертацию, женился на женщине, с которой поддерживал внешне нормальные супружеские отношения около пятнадцати лет, был добр со своими детьми. В то же время он расхищал средства своих партнеров и семейного бизнеса. Войдя в огромные долги, он одновременно делал дорогие подарки друзьям и партнерам, выступая в роли круглогодичного “Санта-Клауса”, и был направлен на консультацию семьей, только когда ему стало угрожать тюремное заключение за неуплату налогов.

Ключевым для дифференциации как пассивного, так и агрессивного антисоциального поведения, выступающего в качестве элемента нарциссического расстройства личности, от антисоциального расстройства личности как такового является отсутствие в последнем случае способности к ощущению вины и раскаяния.

Так, даже после столкновения с последствиями своего антисоциального поведения и несмотря на бурное выражение сожаления, у них не возникает изменений в поведении по отношению к тем, на кого они нападали или кого эксплуатировали, или какой-то спонтанной озабоченности из-за неудачи в изменении поведения.

Хотя дифференциальный диагноз способности к переживанию вины и участия подразумевает в качестве предварительного шага оценку реакций пациента на ограничение и крушение его всемогущества, другие характеристики, отражающие эту неспособность к вине и участию, могут быть обнаружены непосредственно в интервью. Например, такие пациенты неспособны представить наличие у других моральных качеств. Настаивая в беседах с диагностом на том, что он говорит правду, а затем будучи пойман на вопиющей лжи, пациент может заробеть. Однако после этого он не способен ответить на вопрос, какова реакция терапевта на него; он только ощущает, что терапевт может злиться за то, что тот оставил его в дураках. Или антисоциальный пациент может "признаться" в своей вине, но только по отношению к тем действиям, на которых был пойман, таким образом входя в вопиющее противоречие с выражаемым им раскаянием по поводу прошлого поведения.

Неспособность входить в неэксплуататорские отношения с другими людьми может отражаться в мимолетных, поверхностных, безразличных отношениях, неспособности эмоционально привязываться даже к домашним животным, в отсутствии каких бы то ни было интернализованных моральных ценностей, а также способности к переживанию наличия таких ценностей у окружающих. Поврежденность аффективных переживаний подобных пациентов выражается в их неспособности выдержать любое повышение тревоги без возникновения дополнительных симптомов или патологического поведения, в их неспособности к депрессии с переживанием грусти, в неспособности влюбиться или испытывать какую-либо нежность в сексуальных отношениях.

У этих пациентов нет ощущения проходящего времени, планирования на будущее или сравнения нынешних переживаний и поведения с предполагаемыми идеальными. Их планирование ограничивается избавлением от текущего дискомфорта и снижением напряжения посредством достижения желаемых в данный момент целей. Их неспособность учиться на опыте является выражением той же неспособности к восприятию своей жизни за рамками настоящего момента. Их манипулятивность, патологическая ложь и

примитивные рационализации общеизвестны. Полина Кернберг (личное сообщение) предложила термин *человек-голограмма* по отношению к пациентам, создающим туманный, эфирный образ собственной личности в ходе диагностических сеансов, что производит впечатление странной оторванности от их нынешней реальности или действительного прошлого — образ, меняющийся от минуты к минуте при расспросах под разными углами зрения и оставляющий у диагноста смущающее чувство нереальности.

Затем, если очевиден диагноз нарциссической структуры личности, ключевой диагностической задачей становится оценка тяжести всех представленных антисоциальных особенностей, их прошлой истории и детских источников и сохранившихся у пациента способности к объектным отношениям и функционирования Супер-Эго. Практически полное отсутствие способности к неэксплуатирующим объектным отношениям и морального измерения в функционировании личности являются ключевым элементом в дифференциации антисоциальной личности как таковой от менее тяжелых синдромов злокачественного нарциссизма и нарциссического расстройства личности. К этому диагнозу можно прийти, собрав полную историю пациента, тщательно исследуя нарратив пациента, тактично конфронтируя его с противоречивыми или темными разделами этого нарратива, оценивая его взаимодействие с диагностом и исследуя его реакции на конфронтации с противоречиями между объективной информацией о его прошлом, нынешним повествованием и поведением.

Полезно исследовать реакции пациента на расспросы о потенциально антисоциальном поведении, вытекающем из того, что он сказал, хотя и не упомянутом им. Например, можно спросить пациентку, история жизни которой показывает естественную тенденцию к вовлечению в проституцию: “Что препятствует вам стать проституткой?” Или в аналогичной ситуации спросить наркомана: “Почему вы не торгуете наркотиками?” Такие вопросы проверяют функции Супер-Эго пациента, так же как и его честность перед лицом терапевта. Очевидно, что обнаружение пациентов, которые лгут терапевту, не признаваясь во лжи (многие антисоциальные личности могут признаваться, что лгут, и продолжать это делать), требует сбора информации у родственников, сложных интервенций в области социальной работы и отчетов тех учреждений, с которыми связана жизнь пациента.

Оценка причин, по которым пациент решил проконсультироваться у психиатра — они могут включать манипулятивную попытку получить справку о здоровье для восстановления в школе или избежать судебного преследования, — нередко служит как диагностическим, так и прогностическим целям. Изучение всех этих факторов обычно требует нескольких интервью; порой необходимо вновь и вновь возвращаться к областям сомнений и спутанности и повторно оценивать реакцию пациента на конфронтацию с обманным маневром или с противоречиями.

Другим источником информации является контрперенос, возникающий по отношению к пациентам с выраженным антисоциальным поведением: терапевт может реагировать ощущением спутанности, склоняться либо к некритическому принятию заявлений пациента, либо отвергать их, принимая в переносе параноидную позицию, либо принимать позицию защитной "псевдонейтральности", говорящей о подспудном обесценивании пациента или желании избежать невыносимых отношений с пациентом, который скрыто атакует самые главные ценности человеческих взаимоотношений. С моей точки зрения, колебание терапевта между параноидной позицией и элементами участия — иными словами, истинная амбивалентность в его реакциях на этих пациентов — является здоровой реакцией. Она помогает терапевту проявлять себя моральным, но не морализующим, честным, но не наивным, конфронтирующим, но не агрессивным. Конфронтация как техническое средство означает тактичное соединение противоречивых или спутанных аспектов повествования пациента, его поведения или его прошлого; это не агрессивное проявление критики или несогласия с пациентом.

Обычно возможность существования серьезного аффективного расстройства отсекается путем внимательного сбора биографических сведений и исследования психического статуса, дополнительную помощь могут оказать психологические тесты, выявляющие психоорганические расстройства, такие как эпилепсия в лобных долях или синдром лимбических долей, проявляющиеся во взрывчатом агрессивном поведении. Они могут также способствовать выявлению атипического шизофренического расстройства, такого как "псевдопсихопатическая шизофрения". Если антисоциальное поведение развивается в среднем или позднем взрослом возрасте вместе с потерей памяти и высшего абстрактного мышления, необходимо исследовать возможность наличия многих вероятных хронических органических психических расстройств, требующих, в

дополнение к психологическому тестированию, неврологических, радиологических исследований и снятия ЭЭГ.

Если не выявлена антисоциальная личность как таковая, то следующей диагностической категорией, которую необходимо рассмотреть, является нарциссическое расстройство личности с синдромом злокачественного нарциссизма или нарциссическая личность с преобладающими пассивно-паразитическими антисоциальными наклонностями.

Злокачественный нарциссизм

Такие пациенты характеризуются типичным нарциссическим расстройством личности, антисоциальным поведением, Эго-синтонным садизмом или характерологически укорененной агрессией и параноидной ориентацией, но, в отличие от антисоциальной личности как таковой, все еще имеют потенциал привязанности и участия к другим людям или ощущение вины; они способны понять наличие у других людей моральных интересов и убеждений, могут иметь реалистическое отношение к собственному прошлому и планировать будущее.

Их эго-синтонный садизм может выражаться в сознательной "идеологии" агрессивного признания собственной правоты, а также (довольно часто) в хронических эго-синтонных суицидальных тенденциях. Эти суицидальные тенденции возникают не в качестве части депрессивного синдрома, но скорее в периоды эмоциональных кризисов или даже на пустом месте, при подспудной (сознательной или бессознательной) фантазии, что лишение себя жизни означает проявление своего превосходства и торжество над обычным страхом боли и смерти. Совершить самоубийство, согласно фантазии таких пациентов, значит установить садистский контроль над окружающими или "покинуть" мир, который, по их мнению, они не в силах контролировать.

Параноидная ориентация таких пациентов (которая психодинамически отражает проекцию ими на других людей собственных неинтегрированных предшественников Супер-Эго) находит свое проявление в восприятии ими окружающих кумирами, врагами или дураками в самом преувеличенном виде. У таких пациентов есть склонность регрессировать к параноидным микропсихотическим эпизодам в процессе интенсивной психотерапии; так, они наиболее ярко иллюстрируют дополнительные функции параноидных и

антисоциальных взаимодействий в межличностной области (Jacobson, 1971b; Kernberg, 1984). Некоторые из них могут демонстрировать рационализированное антисоциальное поведение (например, вожаки садистских банд или террористических групп). Идеализированный образ самого себя и эго-синтонная садистская, самообслуживающая идеология рационализируют антисоциальное поведение и могут сосуществовать со способностью испытывать привязанность к своим товарищам.

Нарциссические расстройства личности с антисоциальным поведением

Такие пациенты проявляют различные виды антисоциального поведения, в основном пассивно-паразитического типа, и признаки автономного морального поведения в некоторых сферах и бессовестной эксплуатации в других. Они не демонстрируют эго-синтонного садизма, направленной на себя агрессии или явной параноидной ориентации, типичных для злокачественного нарциссизма. Они обладают способностью к переживанию вины, участия и привязанности к другим людям и адекватное восприятие прошлого, они могут реалистически оценивать и планировать будущее; в некоторых случаях то, что выглядит как антисоциальное поведение, является просто проявлением неспособности к глубокой привязанности в длительных отношениях. Здесь распространены нарциссические типы сексуального промискуитета, безответственности в работе, эмоциональной или финансовой эксплуатации других людей, хотя эти пациенты все еще способны в некоторых случаях заботиться об окружающих и принимать обычную социальную ответственность в более дистантных межличностных взаимодействиях.

Другие тяжелые расстройства личности с антисоциальными чертами

Следующий уровень патологии с менее негативными прогностическими и терапевтическими характеристиками — антисоциальное поведение при других, не нарциссических расстройствах личности. Это пациенты с пограничной организацией личности и непатологическим нарциссизмом. Типичными примерами являются инфан-

тильное, сценическое, истероидное расстройства или расстройства личности типа 3 и 4 по Зетцель (не путать с истерической личностью как таковой; см. гл. 4) и параноидное расстройство личности: это два наиболее частых расстройства личности данной группы, когда проявляется антисоциальное поведение. При инфантильной личности нередко встречается “pseudologia fantastica”; “параноидный зуд предательства” (Jacobson, 1971a) иллюстрирует вероломство в контексте паранойи. По моему опыту, большинство пациентов, склонных к выдумкам и обману, проявляющих психологические или соматические симптомы, патологическую страсть к игре, клептоманию, пироманию и симуляцию, если у них отсутствует типичное нарциссическое расстройство личности, образуют часть этой группы расстройств личности с антисоциальными чертами.

Невротическое расстройство личности с антисоциальными чертами

Здесь мы встречаем описанных Фрейдом (1916) преступников из (бессознательного) чувства вины. Эти пациенты представляют большой клинический интерес благодаря их иногда драматически антисоциальному поведению, возникающему в контексте невротической организации личности, и имеют блестящий прогноз для психотерапевтического и психоаналитического лечения.

Пациент с обсессивно-компульсивным расстройством личности ворует мелкие предметы из общественных мест, где работает, подвергая себя унизительному риску быть пойманным и уволенным. К счастью, тонкая психиатрическая оценка, сделанная коллегой, дает нам информацию, оберегающую будущее этого пациента после начала лечения. Хотя такие случаи относительно редки, громадная разница между их прогнозом и прогнозом групп пациентов, упомянутых выше, требует внимательного исследования структуры личности в каждом случае антисоциального поведения.

Антисоциальное поведение как часть симптоматического невроза

К этой категории относится случайное антисоциальное поведение как часть подросткового бунтарства, нарушения адаптации или при наличии во многих случаях способствующего этому социаль-

ного окружения, облегчающего перевод психических конфликтов в антисоциальное поведение.

Диссоциальная реакция

Это клинически относительно редкий синдром нормальной или невротической адаптации к аномальным социальной среде или подгруппе. Согласно клинической практике, большинство таких пациентов проявляют какой-либо тип расстройства личности, облегчающий их некритическую адаптацию к социальной подгруппе с антисоциальным поведением.

Прогностическая и терапевтическая оценка

Лечение антисоциального поведения является в своей основе психотерапевтическим, за исключением, конечно, случаев, когда это поведение возникает в контексте органического поражения мозга или психотического заболевания. Степени тяжести антисоциального поведения, описанные мной, соответствуют прогнозу для психотерапевтического лечения. Первый уровень, антисоциальное расстройство личности как таковое, имеет наименее благоприятный прогноз, так как практически никто из этих пациентов не реагирует на традиционные психотерапевтические подходы. Лечение антисоциального расстройства личности в детстве — "расстройства поведения", по DSM-III-R — имеет, однако, более благоприятный прогноз и дает обнадеживающие результаты при лечении этих детей в специализированных центрах-интернатах (Diatkine, 1983). "Несоциализированное агрессивное расстройство поведения" имеет, кажется, наименее благоприятный прогноз. Этот диагноз соответствует тому, что называется "одиночным агрессивным типом", по DSM-III-R.

Если говорить о взрослых пациентах, результаты амбулаторной психотерапии с антисоциальными расстройствами личности является весьма обескураживающими. Я считаю, что пока слишком рано делать заключение, является ли лечение подобных пациентов в рамках терапевтического сообщества эффективным в долгосрочном плане. Длительное стационарное лечение в специализированных закрытых больницах или в тюремной системе, возможно,

является эффективным в некоторых случаях, особенно если твердый и не поддающийся коррупции внешний контроль за режимом сочетается с возможностью групповой терапии в группах, составленных из пациентов-заключенных (Reid, 1981).

Первой задачей при оценке пациентов с антисоциальным поведением в обычных амбулаторных условиях является описанная выше тщательная постановка дифференциального диагноза, а затем — отделение прогностически более благоприятных расстройств личности от антисоциальной личности как таковой. Второй задачей становится защита непосредственного социального окружения пациента от последствий его поведения, помощь членам его семьи в защите себя, и тактичное, но открытое сообщение семье всей информации и заключений относительно природы этой психопатологии и ее прогноза. Тот факт, что, как указывают многие исследователи и клиницисты, антисоциальное расстройство личности имеет тенденцию к угасанию в среднем и старшем возрасте, может подать некоторую отдаленную надежду или, по крайней мере, некоторое утешение семье (Glueck and Glueck, 1943).

Третьей задачей является создание реалистических условий для возможной попытки лечения путем устранения всех вторичных выгод лечения, например избегания уголовного преследования или продолжающейся паразитической зависимости от родителей или других систем социальной поддержки.

Прогноз лечения злокачественного нарциссизма, хотя и сдержанный, значительно лучше, чем для антисоциальной личности как таковой; в ходе интенсивной, длительной психоаналитической психотерапии некоторые из этих пациентов достигают постепенного преобразования своего антисоциального поведения и соответствующего ему манипулятивного, эксплуатирующего поведения в переносе в преимущественно параноидные сопротивления. Такие параноидные сопротивления могут даже вести к параноидному трансферентному психозу, но также, если подобная регрессия контейнируется и удерживается в психотерапии, к последующему постепенному преобразованию в более обычный перенос, характерный для тяжелых нарциссических расстройств личности. Одним из возможных ограничений таких лечебных попыток могут стать пациенты, чье агрессивное поведение является потенциально угрожающим для окружающих, включая психотерапевта. Возможность опасного насилия, связанного с выраженно параноидной

трансферентной реакцией, следует оценить до начала интенсивной психотерапии.

Лечение пациентов с нарциссической личностью и антисоциальными чертами может следовать привычными шагами интенсивной психотерапии для этого расстройства личности. Таким пациентам обычно показана психоаналитическая психотерапия, а не психоанализ как таковой, что также справедливо и для других тяжелых расстройств личности с антисоциальными чертами. Для пациентов с антисоциальным поведением как проявлением бессознательной вины (т.е. с невротической организацией личности) показано психоаналитическое лечение.

Психодинамика злокачественного нарциссизма и антисоциальной личности

С моей точки зрения, психодинамические находки относительно пациентов со злокачественным нарциссизмом открывают путь к психоаналитическому пониманию интрапсихической структуры и внутреннего мира объектных отношений антисоциальной личности как таковой.

Перенос пациентов со злокачественным нарциссизмом отражает как нарушения в раннем формировании Супер-Эго, так и неспособность консолидировать целостные объектные отношения в контексте интеграции идентичности Эго. По сути дела, эти пациенты находятся под властью наиболее ранних садистких предшественников Супер-Эго, которые не нейтрализуются впоследствии идеализированными предшественниками Супер-Эго; следовательно, блокируется интеграция Супер-Эго, и более реалистические интроекты Супер-Эго эдипова периода в основном недоступны. Реалистические ожидания или торможения со стороны родительских объектов или обесцениваются, или преобразуются в персекуторные угрозы. Такие пациенты производят впечатление, что их мир объектных отношений претерпел злокачественное превращение, что привело к обесцениванию и садистскому порабощению потенциально хороших интернализованных объектных отношений со стороны интегрированного, но при этом жестокого, всемогущего и безумного “Я” (Rosenfeld, 1971). Это патологически грандиозное и садистское “Я” принимает в себя садистские предшественники Супер-Эго, поглощает всю агрессию и преобразует то, что иначе было бы садистскими компонентами Супер-

Эго, в аномальную структуру "Я", которая затем воинственно противодействует интернализации более поздних, реалистических компонентов Супер-Эго.

Такие пациенты воспринимают внешние объекты как всемогущие и жестокие. Они чувствуют, что любящие, взаимно удовлетворяющие объектные отношения не просто могут быть легко разрушены, но и содержат в себе семена нападок со стороны всемогущего, жестокого объекта. Единственным путем для выживания становится полное подчинение. Следующим шагом является идентификация с объектом, дающая субъекту чувство силы, свободы от страха и ощущения, что единственный путь к вступлению в отношения с другими людьми — это удовлетворение собственной агрессии. Альтернативным путем является принятие фальшивого, циничного способа общения, полностью отрицающего важность объектных отношений, превращение в невинного наблюдателя, а не идентификация с жестоким тираном или мазохистское подчинение ему.

Мой ограниченный опыт попыток психодинамического исследования пациентов с антисоциальной личностью как таковой, наряду с данными, полученными при интенсивной психотерапии или психоанализе пациентов со злокачественным нарциссизмом, привели меня к выдвижению следующих пробных соображений.

Такие пациенты сообщают, что переживали жестокую агрессию со стороны родительских объектов и часто рассказывают о том, как наблюдали, так и сами переживали насилие в раннем детстве. Они также признаются, что полностью убеждены в бессилии любых хороших объектных отношений: хорошие люди являются, по их мнению, слабыми и ненадежными, и пациенты проявляют презрение к тем, кого предварительно воспринимают в качестве потенциально хороших объектов. Сильные же, наоборот, необходимы для выживания, но они также ненадежны и несомненно являются садистами. Боль зависимости от сильного, отчаянно необходимого, но садистского родительского объекта превращается в ярость и выражается как ярость — в основном проецируемая, — таким образом и далее преувеличивая садистский образ сильных плохих объектов, которые становятся могучими садистскими тиранами. В этом мире, напоминающем "1984" Джорджа Оруэлла (Orwell, 1949), агрессия является преобладающей, но непредсказуемой, и эта непредсказуемость предрешает подчинение садистс-

кому тирану и препятствует пациенту в идеализации садистской системы ценностей агрессора.

Такая невозможность достигнуть какой-либо идеализации объектов отличает антисоциальную личность как таковую от “самооправдывающейся” агрессии пациентов со злокачественным нарциссизмом, которые по крайней мере нашли некоторую возможность сочетания садизма и идеализации, идентифицируя себя с идеализированным, жестоким тираном. Невозможность идеализации также препятствует антисоциальным пациентам при попытках мазохистского подчинения предсказуемому, хотя и садистскому авторитету. Пациент глубоко и полностью убежден, что только его собственная сила является надежной и что удовольствие садистского контроля является единственной альтернативой страданию и разрушению слабого. В таком мире существует необходимость (перефразируя Поля Парена (Parin, 1971)) “пугать соседа, как пугаешь себя самого” и обесценивать все ослабляющие тебя связи с окружающими.

До этого я сосредоточивался в основном на агрессивном антисоциальном расстройстве личности. Пассивно-паразитическое антисоциальное расстройство личности, наоборот, находит путь к удовлетворению, минуя садистскую власть, путем отрицания значимости всех объектных отношений и регрессивной идеализации удовлетворения рецептивно-зависимых потребностей — в пище, вещах, деньгах, сексе, привилегиях — и в символической власти, получаемой над окружающими путем получения от них такого удовлетворения. Получить необходимые припасы, игнорируя других как личностей и защищая себя от мстящего наказания, становится смыслом жизни. Есть, испражняться, спать, заниматься сексом, чувствовать возбуждение, не будучи обнаруженным со стороны окружающего опасного, хотя и безличного мира — все это создает особый способ адаптации к жизни, даже если это адаптация волка, замаскировавшегося для жизни среди овец в реальном страхе перед также замаскировавшимися другими волками, против которых и возникает защитная “овечья шкура”. Подобная психологическая структура позволяет отрицать агрессию и преобразовывать ее в бесстыдную эксплуатацию.

У пациентов со злокачественным нарциссизмом некоторые идеализированные предшественники Супер-Эго были все же включены в насыщенное агрессией, патологически грандиозное “Я”, что облегчило по крайней мере консолидацию чувства “Я”, преем-

ственности “Я” во времени и посредством проекции так же ощущение стабильности и предсказуемости мира сильных и опасных других людей. Патологический нарциссизм, эго-синтонная грандиозность, антисоциальное поведение и параноидный настрой этих пациентов позволяют им контролировать внутренний мир своих объектных отношений. Это же патологически грандиозное “Я” одновременно защищает их от невыносимых конфликтов, связанных с примитивной завистью, которые мучают менее защищенных нарциссических личностей. Антисоциальная личность как таковая, напротив, защищена от яростной зависти только агрессивным, насильственным присвоением чужого или пассивно-паразитической эксплуатацией окружающих.

Зиновьев (Zinoviev, 1984) провел исследование социальных групп и институтов при тоталитарных политических режимах, где образ морального авторитета проецируется на высшую иерархию системы как на внешние “преследующие” фигуры. Зиновьев подчеркивает общее социальное разложение как последствие такой социальной структуры, которое влияет на общественное поведение больших сегментов населения. Данное им драматическое описание общего разложения общественной жизни в данных обстоятельствах иллюстрирует зависимость морального поведения индивида от окружающей его социальной структуры. Милгрэм (Milgram, 1963) в своих знаменитых экспериментах показал, как некритическое подчинение авторитету может легко привести к свободному от чувства вины участию в садистском поведении даже у людей с высоким уровнем психологической организации и в атмосфере социальной свободы. Реальность антисоциальной личности — это кошмар нормального человека; реальность нормального человека — это кошмар для психопата.

Часть III
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ТЕОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

6. ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Первое, что я хотел бы отметить — психоаналитическая техника, основанная на эго-психологии — теории объектных отношений, базируется на том положении, что аффекты занимают центральное место в психоаналитической ситуации.

Вслед за Фенихелем (Fenichel, 1941), я считаю, что экономические, динамические и структурные факторы обеспечивают нас оптимальными критериями для определения, когда, что и как интерпретировать в бессознательных конфликтах пациента, их защитных и импульсных аспектах и, я бы добавил, в бессознательных интернализованных объектных отношениях, в которые они включены. Экономическим критерием материала, подлежащего интерпретации в рамках каждой психоаналитической сессии или каждого сегмента сессии, является связь материала с доминирующей аффективной диспозицией пациента. Эта диспозиция, или аффективное состояние, не обязательно является сознательной и может быть выведена из свободных ассоциаций пациента, его невербального поведения и общей атмосферы, создаваемой смесью переноса пациента и контрпереноса аналитика.

Это аффективное состояние всегда сигнализирует об активации бессознательных объектных отношений между аспектом "Я"-репрезентации и соответствующей объект-репрезентацией пациента. А конфликт между импульсом и защитой отражается в конфликте между защитно активируемыми и импульсивно-захваченными, отвергаемыми интернализованными объектными отношениями. Бессознательная фантазия, бессознательные желания и страхи, активирующиеся на сеансе, отражают эти интернализованные объектные отношения.

Я считаю, что репрезентация "Я", репрезентация объекта и аффективное состояние, их связывающее, являются главными элементами психической структуры, подлежащей психоаналитическому исследованию. Сексуальные и агрессивные влечения всегда возникают в контексте интернализованных объектных отношений, организованных аффективными состояниями, о чем, в то же самое время, сигнализируют эти (иерархически вышестоящие) влечения. Говоря иными словами, если, согласно Фрейду (Freud, 1915a), единственное знание, которое мы получаем о влечениях, исходит от их психических репрезентаций и аффектов, то это репрезентации "Я" и объекта, связанные доминирующим аффективным состоянием.

На практике мой подход требует в начале каждой сессии воздерживаться от интервенции до тех пор, пока вербальные коммуникации пациента и его невербальное поведение, общая эмоциональная атмосфера и мой контрперенос не наведут меня на доминирующую аффективную тему. Существуют, конечно, случаи, когда аналитик ощущает сильное внутреннее давление для интерпретативного вмешательства на основе того, что случилось на предыдущей сессии, или в качестве реакции на вопрос, который, как кажется, является неотложным для пациента, или следуя информации из внешних источников. Настойчивость аналитика во внутреннем исследовании этого давления, так же как и новая информация, предоставляемая пациентом на этой сессии, позволяют постепенно отсортировать то, что в данный момент является аффективно доминирующим.

В связи с этим можно поставить под вопрос данную Бионом (Bion, 1967) рекомендацию, чтобы аналитик действовал "без памяти и желания". "Память" аналитика в начале сеанса может быть тем, что ему необходимо оценить, а не удалить из сознания; а сильные желания повлиять на пациента в определенном направлении ("желание") могут отражать контрперенос аналитика. Все эти соображения помогают нам определить, что, с экономической (т.е. аффективной) точки зрения, доминирует на сеансе.

Доминирующее объектное отношение, аффективное содержание и анализ переноса

Психоаналитическая "рамка" (регулярность сеансов, временная и пространственная организация занятий, правило свободных ассоциаций пациента, воздержание и техническая нейтральность

аналитика) создает сцену для потенциально “реальных”, “объективных” или “нормальных” объектных отношений. Такое отношение включает аналитика как заинтересованного, объективного, но участливого и сочувствующего слушателя, уважающего автономию пациента, и пациента как ожидающего помощи в большем понимании своих бессознательных конфликтов. Данное реалистическое отношение, основанное на осознании пациентом аналитика как знающего, доброжелательного, участливого и не судящего, облегчает развитие психоаналитического процесса. Это, без сомнения, включает реалистическое осознание пациентом личностных особенностей аналитика, проявляющихся в их взаимодействии.

В данном процессе пациент способен регрессировать, что является следствием интерпретации защит, которые обычно защищают его от подобной регрессии. Процесс регрессии изменяет природу объектных отношений с “реалистических” на контролируемые доминирующей констелляцией переноса-контрпереноса, в рамках которой заключены защитные и импульсные аспекты бессознательных конфликтов пациента. Это бессознательное объектное отношение в переносе находится под контролем аффективной диспозиции, которая отличается от первоначального “объективного” ощущения безопасности, исходящего из “реальных” объектных отношений, определяемых психоаналитической рамкой.

Любая конкретная психоаналитическая ситуация может, таким образом, включать: 1) остатки “объективных” объектных отношений, определяемых психоаналитической рамкой; 2) объектное отношение, соответствующее преобладающему переносу; 3) объектное отношение, соответствующее теме, аффективно доминирующей на сеансе. На практике объектные отношения, отражающиеся в доминирующем аффекте, обычно совпадают с объектными отношениями, доминирующими в переносе; это облегчает решение аналитика интерпретировать аффективно доминантный материал, возникающий в переносе. Иногда, однако, аффективно доминантное объектное отношение относится к ситуации вне переноса, коммуницируемой посредством того, что пациент говорит или делает. Или, возможно, на фоне определенной привычной трансферентной диспозиции, острый конфликт в жизни пациента активирует другое аффективно заряженное объектное отношение, которое может временно доминировать на сеансе. Здесь аффективное доминирование берет верх над доминирующим переносом в определении интерпретации аналитика.

Иногда пациент может представить материал, касающийся его отношений с кем-либо еще, и аналитик, пытаясь прояснить эти отношения, может обнаружить, что аспект переноса заметно вмешивается в процесс коммуникации. Теперь возникает трансферентное сопротивление как барьер против полного исследования того, что первоначально казалось внешним для переноса вопросом. Аффективная доминанта сдвигается с другой темы на сам перенос, и это требует от аналитика фокусировки своих интерпретаций на переносе, перед тем как переходить к другой теме. У пациентов с тяжелой патологией характера, особенно с сильными нарциссическими, параноидными и шизоидными чертами личности, проникновение трансферентных сопротивлений может быть столь сильным, что, по практическим соображениям, весь материал немедленно резонирует с доминирующими темами переноса.

Кроме того, существуют пациенты, особенно с нарциссической патологией характера, у которых мощные сопротивления против доминирующего паттерна переноса также ослабляют первоначальное "объективное" объектное отношение; как будто бы отношения между двумя людьми в одной и той же комнате становятся безличными. Нет никаких знаков аффективно заряженных отношений, все коммуникации кажутся механическими, неживыми, даже дегуманизированными. Эти условия, как мне кажется, подразумевались Винникотом (Winnicott, 1971, p. 103) в его описании психического "пространства" между пациентом и аналитиком, пространства, в котором возникают аффективно-насыщенные фантазии, пространства фантазийных эмоциональных отношений, которое мы принимаем как само собой разумеющееся при психоанализе невротических пациентов. (Для более подробного обсуждения этого вопроса, см. главу 9.) Интуитивная оценка аналитиком данного пространства посредством контрпереноса создает "третий канал" коммуникации в переносе. ("Первый канал" соответствует сообщению пациентом своих субъективных переживаний; "второй канал" — это наблюдение аналитиком невербального поведения пациента). Если происходит постоянное уничтожение такого психического пространства, это может потребовать систематического анализа. С исчезновением аналитического пространства доминирующая аффективная тема становится заметной благодаря его отсутствию. То, что отсутствует, это на самом деле очень даже присутствующая защита (имплицитное, фантазийное объектное отно-

шение) от направленного на аналитика импульса, и это то, что должно быть проинтерпретировано.

Обычно при лечении пациентов с невротической организацией личности вербальные и невербальные каналы коммуникации намного перекрывают значение анализа аналитического пространства и контрпереноса. Однако, когда пациент временно регрессирует, в лечении могут активироваться очень сильные контртрансферентные реакции, но только при тяжелой патологии характера контрперенос становится действительно важнейшим источником информации о развитии переноса и приобретает главную роль в определении аффективной доминанты и исследовании объектных отношений, связанных с этой аффективной диспозицией.

Перенос и интерпретация переноса

Главным вкладом теории объектных отношений в анализ переноса является расширение того поля, в рамках которого происходит исследование явлений переноса, так что становятся возможными понимание и интерпретация возрастающей по своей сложности трансферентной регрессии пациентов глубокого уровня психопатологии. На практике перенос у пациентов с классическим психоневрозом и пациентов с патологией характера при невротической организации личности может по-прежнему пониматься как бессознательное повторение здесь-и-теперь патогенных отношений из прошлого. Более конкретно — отыгрывание аспекта бессознательного инфантильного “Я” пациента в отношениях с (также бессознательной) инфантильной репрезентацией родительских объектов.

Тот факт, что невротические пациенты регрессируют к относительно интегрированному, хотя и вытесненному бессознательному инфантильному “Я”, которое находится в отношениях с относительно интегрированными, хотя и бессознательными, репрезентациями родительских объектов, делает такие переносы довольно легкими для понимания и интерпретации: в переносе происходит активация бессознательных отношений к родителям в прошлом, включая реалистические и фантазийные аспекты подобных отношений и защиты от них. Бессознательный аспект инфантильного “Я” несет в себе конкретное желание, отражающее производную влечения, направленную на такие родительские объекты и фантазийный страх по поводу опасностей, заключенных в выражении этого желания.

Эго-психология, теория объектных отношений, подчеркивает, что даже в этих сравнительно простых отыгрываниях переноса всегда происходит активация базовых диадических элементов, состоящих из репрезентаций “Я” и репрезентаций объектов, связанных определенным аффектом, и эти элементы отражают либо защитные, либо импульсные аспекты конфликта. Более точно, бессознательная фантазия, отражающая импульсивно-защитную организацию, обычно вначале активизируется в форме объектного отношения, представляющего защитную сторону конфликта и только затем в форме объектного отношения, отражающего импульсивную сторону конфликта.

Например, невротическая пациентка с мазохистской структурой личности неправильно интерпретирует мои замечания как разгромную критику именно в те моменты, когда ощущает наши рабочие отношения как хорошие. Затем она разъяряется, нападает на меня, ведет себя вызывающе, обвиняет меня в том, что я пытаюсь контролировать ее, как это делала ее мать. Я понимаю подобное поведение как знак того, что наша совместная работа активировала ее бессознательную фантазию, что я, как ее отец, сексуально соблазняю ее (что, в свою очередь, проистекает из ее проекции на меня своих скрытых позитивных эдипальных желаний). Она мазохистски защищается, воспринимая меня как свою придирчивую мать, а себя — как беспомощного ребенка.

Моя интерпретация фокусируется на восприятии ею меня как своей критикующей матери, после чего она чувствует, что я помог ей, и выражает свое одобрение. Это постепенно способствует возникновению более непосредственных позитивных чувств, смешанных с эротическим возбуждением и страхом, что я превращаюсь в соблазняющего отца. Теперь я интерпретирую этот страх как выражение проекции ею на меня своих сексуальных импульсов, которые она не осмеливается выразить прямо. После этого следует более прямое выражение позитивных эдипальных фантазий обо мне.

Что добавляет к формулировкам, касающимся переноса, подход с точки зрения объектных отношений? Во-первых, он проливает свет на постоянные группы диадических элементов (репрезентаций “Я”, взаимодействующих с репрезентациями объектов при доминировании определенного аффекта) и структурирует переживание конкретных бессознательных фантазий, желаний и страхов. Во-вторых, он указывает, что каждая защитно-импульсная организация отражается в двух противоположных элементах: как защи-

та, так и импульс отражаются в качестве фантазийных отношений между "Я" и объектом. В-третьих, даже на невротическом уровне патологии может наблюдаться процесс, который превалирует при более глубокой психопатологии: быстрое обращение или чередование активаций у пациента репрезентации "Я" при проекции репрезентации объекта на аналитика и других моментов, когда пациент отыгрывает идентификацию с этой репрезентацией объекта, проецируя репрезентацию "Я" на аналитика. Когда мазохистская пациентка воспринимает меня агрессивно ругающим, что вызывает у нее чувство обиды и несправедливости, она злобно набрасывается на меня тем способом, который ясно отражает описанное ею поведение матери. Я, временно парализованный ее нападками, чувствую большую трудность при интерпретации ситуации. Другими словами, когда пациентка временно регрессирует, происходит интенсификация и примитивизация аффекта, отражающая соответствующую производную влечения, а также возникает склонность к быстрому чередованию идентификаций с "Я" и объектом, что можно легче понять и проинтегрировать в рамках объяснительной схемы интернализованных объектных отношений.

Таким образом, заново оценивая природу идентификаций в переносе, я предполагаю, что все идентификации возникают с отношением с объектом, а не с самим объектом. Я также предполагаю, что в этих отношениях пациент идентифицируется как с "Я", так и с объектом, имея возможность отыгрывать обе роли. Я считаю, что это представление проливает новый свет на сделанное Фрейдом (Freud, 1915a) наблюдение, что инстинкт может превращаться в свою противоположность и обретать в качестве своего объекта "Я" пациента. Фрейд также подчеркивал, что психическая жизнь обычно управляется дихотомиями — субъекта (Эго) и объекта (внешнего мира), удовольствия и неудовольствия, активного и пассивного. В свете теории объектных отношений выражение "активного" импульса — например агрессии, — который первоначально воспринимался пассивно, может пониматься либо как активация репрезентации "Я" при субъективно воспринимаемом нападении со стороны объекта, либо как активация идентификации с репрезентацией объекта в этом взаимодействии. "Идентификация с агрессором", также иллюстрируемая моим примером и теперь понимаемая как последовательная идентификация и с "Я", и с объектом, демонстрирует превращение пассивного импульса в активный.

Выражение импульса, направленного на “Я”, в противоположность выражению такого импульса, направленного на объект, может также пониматься как идентификация с нападающим объектом. Например, мазохистская пациентка, нападающая на меня, когда она чувствует себя эротически возбужденной в переносе, демонстрирует отыгрывание наказующего поведения своей матери (отражающего ее Супер-Эго — идентификацию с матерью), тогда как она проецирует на меня свою репрезентацию “Я”, мазохистски подчиненного матери. Структурный между Супер-Эго и Эго отыгрывается в переносе в объектном отношении “с обращенными функциями”. Пациентка отыгрывает защитное мазохистское объектное отношение, исходящее из интернализованного ею агрессивно-покорного взаимодействия с матерью. Она соответственно интернализует нападающую мать как часть Супер-Эго (что дает начало мазохистскому поведению) и как вторичное характерологическое искажение своего Эго (в характерологической идентификации пациента с враждебным поведением матери). В другое время она отыгрывала в других Эго-идентификациях свои идентификации с мазохистски покорной дочерью.

По практическим соображениям, таким образом, вместо интерпретации особенностей “чистой” конфигурации импульс-защита мы интерпретируем перенос в терминах активации интернализованных объектных отношений, что приводит к чередующейся активации того же самого конфликта в поведении и переживаниях, которые могут выглядеть противоречащими друг другу. Такой подход обогащает интерпретацию, проясняя нюансы и детали. Так, я смог указать своей мазохистской пациентке, что, относясь ко мне агрессивно (так, как к ней относилась ее мать), она идентифицируется с матерью, одновременно неявно подчиняясь интернализованному образу матери и становясь как мать, что выражает бессознательную вину за пугающие ее сексуализированные отношения со мной как с отцом. Я полагаю, давнее клиническое наблюдение, что один аффект может использоваться в качестве защиты против другого вытесненного или диссоциированного аффекта, следует переформулировать как защитное использование одного интернализованного объектного отношения и соответствующего ему аффекта против другого интернализованного объектного отношения и соответствующего ему аффекта.

Анализ интернализованных объектных отношений в переносе становится более сложным (хотя и возникает возможность прояс-

нения этой сложности) благодаря развитию у пациентов с тяжелой патологией характера защитной примитивной диссоциации или расщепления интернализованных объектных отношений. Это расщепление происходит у пациентов, функционирующих на пограничном уровне, у нарциссических личностей и даже при доступных анализу психозах. У таких пациентов переносимость амбивалентности, характерная для невротических высокоуровневых объектных отношений, заменяется защитной дезинтеграцией репрезентаций "Я" и объектов на либидинально и агрессивно заряженные частичные объектные отношения. Более реалистичные или легче понимаемые прошлые объектные отношения невротических личностей заменяются на крайне нереалистичные, ярко идеализированные или остро агрессивные или персекуторные репрезентации "Я" и объектов, которые невозможно немедленно вывести из реальных или фантазийных отношений в прошлом.

То, что здесь активируется, это либо крайне идеализированные частичные объектные отношения, находящиеся под воздействием интенсивного, диффузного, переполняющего аффективного состояния экстатической природы, либо настолько же интенсивные, но болезненные и пугающие примитивные аффективные состояния, сигнализирующие об активации агрессивных или персекуторных отношений между "Я" и объектом. Мы осознаем неинтегрированный характер интернализованных объектных отношений по предрасположенности пациента к быстрому чередованию в отыгрываемых им ролях. Одновременно пациент может проецировать дополнительные репрезентации "Я" и объекта на аналитика; это, наряду с интенсивностью аффективной активации, приводит к явно хаотическому развитию переноса. Такие быстрые колебания, так же, как и резкая диссоциация между любящими и ненавидящими аспектами отношений к одному и тому же объекту, могут впоследствии осложняться защитными сгустками нескольких объектных отношений под воздействием одного и того же примитивного аффекта, так что комбинированный образ отца-матери будет представлять собой спутанный сгусток агрессивно воспринимаемых аспектов отца и матери. Идеализированные или обесцененные аспекты "Я" также являются сгустками различных слов прошлого опыта.

Подход с точки зрения объектных отношений позволяет аналитику понять и организовать то, что выглядит полным хаосом, так что он способен прояснить различные сгустки частичных объект-

ных отношений в переносе, привнося интеграцию репрезентаций "Я" и объекта, ведущую к более продвинутому невротическому типу переноса.

Общие принципы интерпретации переноса при лечении пограничной организации личности включают в себя следующие задачи (см. Kernberg, 1984): 1) диагностику преобладающих объектных отношений в общей хаотической ситуации переноса; 2) прояснение того, что является репрезентацией "Я", что — репрезентацией объекта в этих интернализованных объектных отношениях, а что — доминирующим аффектом, связывающим их; 3) интерпретативное связывание этих примитивных преобладающих объектных отношений с их отщепленной противоположностью.

Клинические примеры

Г-жа А., тридцати пяти лет, с преобладанием нарциссического функционирования на явно пограничном уровне, приходила в ярость в конце каждого сеанса, воспринимая мои слова о том, что мы должны закончить, как нарциссический удар. И именно в конце сеансов она вспоминала наиболее важные темы, которые ей настоятельно хотелось обсудить. Во время сеансов пациентка относилась ко мне пренебрежительно и находила бесчисленные поводы для критики. На каждом сеансе она высказывала новую жалобу, которую не упоминала прежде. В результате ее ярость и презрение ко мне обычно препятствовали обсуждению проблем реальной жизни.

Пациентка требовала, чтобы я точно и полно отвечал на все ее вопросы, просил бы ее саму поразмыслить над тем, что она говорит, чтобы я соглашался на ее просьбы об изменении времени сеансов без объяснения причин этих просьб. Но она уходила с каждого сеанса с ощущением, что с ней жестоко обошлись и глубоко обидели. Позже, переполненная отчаянием, она звонила мне и умоляла поговорить с ней.

Постепенно я смог указать г-же А., как в течение сеансов она идентифицируется с контролирующим и садистским лицом, требующим от меня полного повиновения, а в конце сеанса воспринимает меня как контролирующий и садистский объект, третирующий ее как ничего не стоящую. С течением времени она смогла понять, что эти серии отыгрываний были аспектом отношений с

матерью, активирующихся со сменой ролей. В конце концов пациентка смогла осознать, что эти “безумные” отношения отражали не реальность, настоящую или прошлую, но заострение всех враждебных аспектов ее отношений с матерью под воздействием фантазий, вызванных ее яростью на мать. По мере прояснения ее примитивных, персекуторных объектных отношений г-жа А. научилась размышлять по поводу своих объектных отношений и стала более свободна от их отыгрывания.

Затем она продвинулась достаточно, для того чтобы я мог вместе с ней исследовать, какие цели преследовало ее нежелание заканчивать сеансы, а также ее потребность звонить мне после этого. Когда я спросил, что она будет чувствовать, зная что я действительно доступен для нее в любом отношении, она ответила, что ей нечего больше желать, однако мысль об этом вызывает у нее тревогу, потому что это так нереально: ее ненасытные требования вызовут мое возмущение. А это как раз и было то, чего она хотела.

Затем я предположил, что ей хотелось бы установить со мной отношения, похожие на отношения между единственным, любимым младенцем и полностью посвятившей себя ему матерью. Г-жа А. перебила меня, возразив, что у любой матери возникнет страшное возмущение в ответ на такие ожидания ребенка. Я сказал, что это как раз те страхи, которые связаны с этим ее желанием. Если я представляю мать, полностью посвятившую себя своей маленькой дочке, она, идентифицируясь с такой девочкой, может расслабиться, успокоиться и быть счастливой. Г-жа А. согласилась и с улыбкой сказала, что тогда мир был бы хорош.

Моя интерпретация обнажила отщепленный идеализированный аспект отношений пациентки с матерью, наполненных опасностью благодаря жадной требовательности г-жи А. и ее неспособности выносить собственную ярость, возникающую вследствие любой фрустрации, исходящей от этой идеальной матери. После месяцев проработки этой парадигмы переноса появился новый аспект отношений г-жи А. с матерью, а именно: ее сильное возмущение матерью, возникшее из-за чувства огромной зависимости от нее. Возмущение и зависть бессознательно вызывались ею, для того чтобы отравить образ матери в своей душе. Клинически она выражала это в негативной терапевтической реакции, возникавшей сразу вслед за активацией отщепленного, идеализированного переноса.

Г-жа Б., больная шизофренией женщина, специалист, двадцати с небольшим лет, проходила курс психоаналитической психотерапии, сочетавшейся с небольшой поддерживающей дозой нейролептиков, позволявшей ей продолжать повседневную жизнь, но не устранившей ее психотического мышления. У нее был бред, состоявший в том, что люди, особенно доминантные женщины, похищают ее физическую энергию, опустошают ее, так что она остается истощенной и ослабленной, неспособной к ясному мышлению. На одном из сеансов, когда я обсуждал с ней страх сексуальной близости с ее другом, г-жа Б., внезапно приняла тревожный и подозрительный вид и спросила, почему я сделал рукой определенный жест. Я ответил ей, что не обратил внимания, сделал ли я какой-то определенный жест или нет, но поинтересовался, не кажется ли ей, что я, как и другие люди, пытаюсь похитить ее энергию.

Придя в ярость, г-жа Б. обвинила меня в том, будто бы я отлично знаю, что только что похитил ее энергию. Зачем же мне нужно изображать такое подлое притворство? Я сказал, что верю в то, что она убеждена, будто бы я похищаю ее энергию, но я так же точно убежден, что я этого не делаю; я полностью сосредоточен на том, что она говорит. Мне хотелось бы знать, может ли она принять мои слова как правду. Сделанный мной акцент на наши несовместимые друг с другом реальности и на то, что различает и разделяет нас, представлял собой попытку дать ей знать о том, что я воспринимаю ее переживание как, видимо, психотическое, а также и о моей терпимости ("контейнировании") к этому различию. Я также хотел ослабить размывание границ между "Я" и объектом, которое она, возможно, испытывала. Кроме того, я подразумевал, что она способна вынести отделение от меня.

Г-жа Б. сказала, что может поверить, что таково мое убеждение, но расстроена из-за того, что я считаю ее сумасшедшей. Я сказал ей, что не выношу какого-либо суждения, а только признаю, что в данный момент наши восприятия реальности не совпадают и что она ощущает, будто я пытаюсь ослабить ее и навредить ей, а это может сильно пугать и расстраивать. Она согласилась, что это действительно очень расстраивает, и тут же заговорила о том, как ее мать обычно похищала ее энергию и никогда не признавала этого, одновременно пытаясь контролировать ее и доминировать над ней.

Я сказал, что понимаю: она видит меня сейчас как бы копией своей матери, и если это так, то меня особенно поражает то, что я стал похож на ее мать, как раз когда я попытался помочь ей в том, чтобы меньше опасаться сексуальной близости со своим другом. Г-жа Б. сказала, что боялась, будто я толкаю ее на сексуальные отношения. Она чувствовала: я так убежден, и ей следует лечь в постель с мужчиной. Ей казалось: я стараюсь непосредственно повлиять на ее мысли, так что она уже больше не может определить, мои это мысли или ее. Она добавила, в качестве дополнения, что ее отец временами вел себя с ней соблазняюще, хотя она не была уверена, вела ли она себя соблазняюще по отношению к нему. В любом случае, добавила она, матери была ненавистна любая близость в ее отношениях с отцом.

Я ответил, что мне интересно, не восприняла ли она мои расспросы о ее страхах по поводу сексуальной близости с другом как косвенное внушение лечь с ним в постель, что делало меня сексуально соблазнительным мужчиной, как ей казалось, похожим на ее отца. Если это так, было вполне естественно, что образ матери произвел на нее впечатление как образ опасного врага, ревнующего к этой сексуальной близости с отцом, так что теперь я стал матерью, пытающейся наказать ее, украв у нее энергию. Г-жа Б. приняла более расслабленный вид и сказала, что чувствует: все именно так и произошло.

Затем я заметил, что мне кажется, за чувством потери энергии стоит ее страх моего проникновения к ней в душу, и что ее озабоченность по поводу обмена энергией на физическом уровне является этим страхом сексуального соблазнения и проникновения и страхом наказания за это, и эти страхи так тесно связаны с ее родителями, что она ощущает их невыносимыми. По этой причине она, видимо, и превратила страх опасных взаимоотношений с родителями в страх обмена физической энергией, что гораздо более болезненно и таинственно, но менее угрожающе, чем фантазийные взаимодействия с родителями.

Г-жа Б. спросила меня, все ли ее психическое функционирование лишено связи с физической энергией. Я сказал, что прямой перевод психологических переживаний в ощущение приобретения или потери физической энергии являлся защитной операцией, которая могла пугать сама по себе благодаря тем таинственным и магическим способам, которыми начинали в этом случае осуществляться обычные человеческие отношений между людьми. Пациент-

ка была, кажется, удовлетворена моими замечаниями и сказала, что сейчас чувствует себя хорошо. Она больше не обнаруживала признаков того, что ее страхи остаются или что она уступает мне.

Ситуация в данном случае снова иная, чем с пограничными пациентами. Если центральной проблемой с пограничными пациентами является активация примитивных, переполняющих частичных объектных отношений, которые постоянно меняют распределение ролей в переносе и требуют длительного времени для своего прослеживания вспять к инфантильной реальности, то проблемой психозов является расплывчатость границ между репрезентациями "Я" и объектов. В такой ситуации активация определенного объектного отношения в переносе может привести к немедленной путанице между "Я" и объектом и, следовательно, к путанице относительно источника невыносимого импульса. Это приводит к активации защитного объектного отношения, в рамках которого "Я" и объект становятся еще более спутанны, и предохраняющее качество защитного объектного отношения теряется.

Так, г-жа Б. поняла мое замечание по поводу ее страха близости с другом как сексуальное нападение на нее, эквивалентное ее собственному сексуальному желанию. Причем я в данной ситуации ассоциировался с отцом пациентки. Но она не могла правильно определить источник этого сексуального желания. В результате она пережила немедленное наказание в виде материнской атаки. И снова она не смогла отличить атакующего от атакуемого: она была неспособна дифференцировать сексуальные и агрессивные аффекты. Так что примитивное превращение ее страха потери границ "Я" в чувство, что физическая энергия изымается из ее тела (т.е. регрессивное размывание границ между душой и телом) дало ей бредовый путь бегства от конфликта. Далее, мое интерпретирование ситуации не только в терминах импульсов (или безличной конфигурации импульсов и защит), но в терминах активируемых объектных отношений позволило прояснить ситуацию в данный момент и временно ослабило психологическую регрессию.

Теория объектных отношений также расширяет понимание нами трансферентных сопротивлений пациента с нарциссической структурой личности. Появление в переносе различных характеристик патологически грандиозного "Я" и соответствующих восхищающихся, обесцениваемых или внушающих страх и подозрения репрезентаций объектов часто позволяет прояснить компоненты интерна-

лизованных объектных отношений, которые привели к конденсации патологически грандиозного “Я”.

Например, математик тридцати с небольшим лет, с нарциссической структурой личности был неспособен поддерживать сексуальный интерес к любой женщине, с которой у него возникали эмоциональные отношения. Чувствуя нетерпение по поводу медленного темпа психоаналитического лечения, он подозревал, что мой интерес к нему корыстен, так же как и мотивы женщин, которых он встречал в жизни. Он предложил заплатить мне большую сумму денег, если я существенно сокращу его лечение, “действительно вложив в него свои усилия”. В основе подобного поведения лежала обида: он думал, что я его эксплуатирую.

Я потратил некоторое время, чтобы отделить в этом переносе его проекцию на меня (и на женщин) своей собственной жадности, отыгрывание различных сторон своей матери — в частности, ее постоянного предупреждения, что женщины всегда будут пытаться его эксплуатировать — и его идентификацию с чувством вседозволенности у отца, которое тот выражал в открыто агрессивных действиях. Преобладающую “Я-концепцию” этого пациента можно кратко описать как состоящую из идентификаций с избранными аспектами обоих родителей, которые давали пищу его грандиозности, требовательности, подозрительности и страху зависимых отношений.

В целом, постепенный анализ компонентов патологически грандиозного “Я” обычно приводит к возникновению лежащих в его основе примитивных объектных отношений, характерных для пограничной организации личности и, в конце концов, к развитию нормального инфантильного “Я” пациента и его способности к установлению аутентично зависимых отношений с окружающими.

Все, что я уже сказал по поводу структуры интернализованных объектных отношений у пациентов с различными уровнями психопатологии, приводит в результате к модификации структурных критериев интерпретации Фенихеля (Fenichel, 1941), упомянутых в начале этой главы. Пациенты с невротической организацией личности демонстрируют преимущественно *межсистемные* конфликты. В этих случаях классическая рекомендация гласит, что следует интерпретировать со стороны Эго и прояснять с течением времени, какие инстанции вовлечены в конфликт и как они в нем участвуют. Но с пациентами, проявляющими тяжкую психопатологию и преимущественно *внутри*системные конфликты, необ-

ходимо сосредоточить внимание на преобладающих в данный момент интернализованных объектных отношениях как части защитных функций переноса и на интернализованных объектных отношениях, функционирующих в данный момент в качестве диссоциированной структуры, связанной с импульсом. Такая концептуализация облегчает приложение структурных (в дополнение к экономическим и динамическим критериям) к нашей интерпретативной работе.

Генетические конструкции и реконструкции

Моя точка зрения отличается от мнений других сторонников теории объектных отношений, таких как Кляйн (Klein, 1945, 1946, 1957), Сегал (Segal, 1967), Фейрберн (Fairbairn, 1954) и Малер (Mahler, Pine and Bergman, 1975) в том, что я в меньшей степени фокусируюсь на конкретном периоде прошлого пациента, во время которого возникли доминирующие в данный момент патогенные конфликты и структура личности. Я считаю необходимым, чтобы аналитик не имел предварительных мыслей об источнике текущего бессознательного конфликта и позволял свободным ассоциациям пациента служить гидом на пути к генетическому источнику того, что происходит "здесь-и-теперь", в "там-и-тогда".

Я согласен с Якобсон (Jacobson, 1964) и Малер (Mahler and Furer, 1968), что преобладающая организация психических структур (невротической, пограничной, нарциссической или психотической) указывает на определенные ключевые периоды развития. Но последующие события делают однозначную связь рискованной. Аналогичным образом, традиционная кляйнианская тенденция фокусироваться на том, что, как считается, должно происходить на первом году жизни, не уделяет должного внимания сложности психосексуального развития.

Поэтому я пытаюсь следовать динамическому принципу интерпретации, идущей от поверхности вглубь и помогать пациенту понять бессознательное значение того, что происходит "здесь-и-теперь" относительно неисторическим способом, в форме "как будто": "Это как будто такой-то ребенок находится в отношениях с таким-то родителем". Ассоциации пациента могут преобразовать это в конкретное воспоминание или фантазию, которые связыва-

ют сегодняшнее бессознательное с его генетическим истоком в прошлом (Sandler and Sandler, 1987).

С моей точки зрения, вопрос о том, являются ли конфликты, вызывающие ту или иную психопатологию в основном эдиповыми или преэдиповыми, неправомерен. Я никогда не встречал пациента, у которого проблемы были “либо те / либо те”, или пациента, у которого эдиповы проблемы не занимали бы центральное место. Принципиальная разница между невротиком (в противоположность более тяжелой психопатологии) состоит в том, что в последнем случае налицо более сложный сгусток эдиповых и преэдиповых проблем. Анальные или оральные конфликты, например, могут наблюдаться на всем спектре психопатологии, но никогда не являются изолированными от других конфликтов; то же самое справедливо и для конфликтов, возникающих на всех других уровнях психосексуального развития.

В то же самое время мы должны признать, что некоторые имеющие ключевое значение травматические переживания находятся за пределами реконструкции с помощью обычных воспоминаний. В таких случаях реконструкция раннего прошлого опыта, который никогда не был полностью осознан, должна осуществляться с помощью конструкций, получаемых из доминирующих в настоящем бессознательных объектных отношений. Для пациента, который не может покинуть мой офис в конце сеанса, я могу предложить следующую конструкцию: он отчаянно пытается найти безупречную мать. Подходы, предложенные Малер, Винникоттом, Кляйн или Кохутом, окажут помощь в определении наиболее обоснованного времени датирования конструкции прошлого опыта (реального или фантазийного). Меня вполне устроит, если такая конструкция будет встроена в контекст в качестве “безвременного глубокого тыла”, вокруг которого могут быть в конце концов построены другие, более конкретные, специфичные по времени реконструкции.

Конкретное знание прошлого пациента, конечно, очень помогает при систематическом анализе бессознательного значения того, что происходит здесь-и-теперь”. Выдвижение гипотезы, связывающей бессознательное “здесь-и-теперь” с известными аспектами истории пациента, не включенными до этого в ткань генетических реконструкций, может построить полезный мостик в прошлое. Нам, однако, надо быть очень осторожными, предлагая “объективные факты” из прошлого, особенно с пациентами с тя-

желой психопатологией, для которых дистанция между объективными фактами и субъективными переживаниями, между данными о развитии и генетическим событием является громадной.

Мы, таким образом, сталкиваемся с парадоксом: у лучше функционирующих пациентов, с которыми реконструкции являются более легкими, они не так необходимы, поскольку ассоциации пациентов легко направляются в бессознательное прошлое. Но при серьезной психопатологии генетические реконструкции очень трудны, и даже известные объективные данные о прошлом мало помогают вследствие ограниченной способности пациентов к сознательному проникновению в прошлое. Поэтому у меня вызывает вопросы, например, тенденция Розенфельда (Rosenfeld, 1987) связывать такие объективные данные напрямую с тем, что он обнаруживает в переносе психотических и пограничных пациентов.

Контрперенос

Я нахожу наиболее полезными наблюдения Ракера (Racker, 1957) об идентификациях аналитика и контрпереносе. Ракер различает два типа таких идентификаций: конкордантную идентификацию, когда аналитик идентифицируется с тем, что активируется в пациенте, и комплементарную идентификацию, когда аналитик идентифицируется с инстанцией, находящейся в конфликте с той инстанцией, с которой идентифицируется пациент. Та инстанция, с которой в последнем случае идентифицируется аналитик, является тем, что пациент не может выносить и потому проецирует. В терминах объектных отношений мы могли бы сказать, что при конкордантной идентификации аналитик идентифицируется с той же репрезентацией, которая активируется у пациента, "Я" с "Я", объект с объектом. Конкордантная идентификация в контрпереносе имеет центральное значение в качестве источника обычной эмпатии, когда пациент находится в рефлектирующем состоянии, а также в ситуациях, когда аналитик, сверхидентифицируясь с пациентом, может впасть в искушение разделить с пациентом в качестве его уполномоченного его действия вовне.

При комплементарной идентификации пациент и аналитик время от времени отыгрывают репрезентации "Я" и объекта, соответствующие определенным интернализованным объектным отношениям. Если перенос является сексуализированным, аналитик мо-

жет вести себя соблазняюще в ответ на страх и искушение пациента перед эдиповым действием вовне. Более часто, когда доминирует определенный негативный перенос, аналитик становится агрессивным и угрожающим объектом пациента, а пациент — своим собственным испуганным "Я". Или происходит обратное: аналитик может чувствовать себя парализованным агрессией пациента, реагируя страхом и бессильной ненавистью, поскольку идентифицируется с находящейся под угрозой репрезентацией "Я" пациента; одновременно пациент идентифицируется со своим угрожающим объектом.

Обычно при комплементарном контрпереносе аналитик идентифицируется с тем внутренним имаго, которое пациент в данный момент не может вынести и должен диссоциировать и проецировать. Действительно, реакции комплементарного контрпереноса обычно возникают при защитном использовании пациентом проективной идентификации: аналитик начинает эмпатически чувствовать то, что пациент не может вынести в себе самом. С помощью того же процесса аналитик может приобрести важную информацию относительно объектных отношений в целом, активирующихся в переносе. В этом заключается потенциально наиболее ценная область применения контрпереноса психоаналитиком. Опасность, конечно же, состоит в искушении отыгрывать эту комплементарную идентификацию, а не использовать ее в качестве материала, подлежащего включению в процесс интерпретаций.

Если аналитик способен вынести свой контрперенос, он может использовать его для прояснения доминирующих в переносе объектных отношений, обеспечивая, конечно, сохранение профессиональных границ. Важно, если происходит отыгрывание контрпереноса, чтобы аналитик воздерживался от объяснений, за исключением признания того, что мог наблюдать сам пациент.

Анализ сновидений

Фэйрберн (Fairbairn, 1954) открыл путь к новому способу анализа сновидений, применив к нему теоретическую модель объектных отношений. Он считал, что различные аспекты идентификаций пациента могут быть представлены различными персонажами сновидений и что важные объекты душевной жизни пациента мо-

гут быть представлены в сновидении несколько раз как функции различных аспектов внутренних отношений пациента и идентификаций с ними.

Мельцер (Meltzer, 1984) и Розенфельд (Rosenfeld, 1987) применили кляйнианский подход в объектных отношениях к анализу сновидений. Мельцер систематически, а Розенфельд косвенно — с помощью клинического материала, иллюстрирующего центральное место анализа сновидений в их подходах. Хотя я не согласен со склонностью обоих авторов прямо интерпретировать явное содержание сновидений как символически отражающее аспекты первого года жизни, я нахожу полезным интеграцию ими формального аспекта сновидения с тем, что доминирует в данный момент в переносе. Этот подход, как мне кажется, чем-то напоминает акцент, который делал Эриксон (Erikson, 1954) на формальных аспектах отношений пациента во сне, и указывает на возрастающую важность эксперссивных и интеракционных — в противоположность непосредственно символическим — аспектов анализа сновидения.

Я стараюсь получить ассоциации к явному содержанию сновидения, не интерпретируя их непосредственно в терминах бессознательного символического значения. Я обращаю внимание 1) на доминирующие эмоциональные качества содержания сновидения, 2) на то, как сновидение рассказывается, 3) на соотношение содержания сновидения в терминах доминирующих объектных отношений с объектными отношениями, активирующимися во время сообщения сновидения, 4) на общий трансферентный фон, на котором происходит повествование о сновидении, и, наконец, 5) на дневные остатки.

7. ПОДХОД К ПЕРЕНОСУ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭГО-ПСИХОЛОГИИ — ТЕОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Анализ переноса занимает центральное место в моей обычной технике. Анализ переноса заключается в анализировании происходящих "здесь-и-теперь" реактиваций интернализованных объектных отношений прошлого. Этот процесс, в то же время, является основой анализа образующих структур Эго, Супер-Эго и Ид, а также их интра- и интерсистемных конфликтов. В противоположность теоретикам интерперсональных объектных отношений, таким как Салливан (Sallivan, 1953, 1962) и Гантрип (Guntrip, 1961, 1968, 1971), и в отличие от Я-психологии Кохута (Kohut, 1971 1977), я понимаю интернализованные объектные отношения не как отражение действительных объектных отношений прошлого, но, скорее, как сочетание реалистических и фантазийных — и часто очень искаженных — интернализаций таких прошлых объектных отношений и защит от них, находящихся под воздействием производных инстинктивных влечений. Другими словами, я нахожу, что существует динамическое напряжение между "здесь-и-теперь", отражающим интрапсихическую структуру, и относящимися к "там-и-тогда" бессознательными генетическими детерминантами, исходящими из истории развития пациента в прошлом.

Интерпретации переноса различаются в зависимости от психопатологии пациента. У пациентов с невротической организацией личности существуют хорошо интегрированные структуры Супер-Эго, Эго и Ид. В психоаналитической ситуации анализ сопротивлений приводит к активации в переносе, во-первых, относительно глобальных характеристик этих структур и затем интернализованных объектных отношений, из которых они составлены. Анализ производных влечений возникает в контексте анализа отношений инфантильного "Я" пациента к значимым родительским объектам, проецируемым на аналитика.

Пациент с пограничной организацией личности, наоборот, демонстрирует преобладание преэдиповых конфликтов и психичес-

ких репрезентаций преэдиповых конфликтов, смешанных с репрезентациями эдиповой фазы. Конфликты не столько вытеснены, сколько проявляются во взаимно диссоциированных состояниях Эго, отражающих примитивную защиту — расщепление. Активация примитивных объектных отношений, предшествующих консолидации Эго, Супер-Эго и Ид, проявляется в переносе в форме явно хаотических аффективных состояний; они должны быть проанализированы последовательными шагами, описанными мною в другой работе (Kernberg, 1984). Интерпретация примитивных переносов пограничных пациентов приводит к превращению частичных объектных отношений в целостные объектные отношения, примитивных переносов (в основном отражающих стадию развития, предшествующую константности объекта) — в продвинутые переносы эдиповой фазы.

При психопатологии тяжелого уровня механизмы расщепления позволяют противоположным аспектам интрапсихического конфликта оставаться по крайней мере частично осознанными в форме примитивных переносов. Пациенты с невротической организацией личности, наоборот, демонстрируют импульсно-защитную конфигурацию, заключающую в себе специфические бессознательные желания, отражающие сексуальные и агрессивные производные влечений, встроенные в бессознательные фантазии, относящиеся к эдипальным объектам. У этих пациентов мы обнаруживаем относительно меньшие искажения как репрезентаций "Я" в отношениях с этими объектами, так и самих репрезентаций эдипальных объектов. Поэтому различие между патогенными переживаниями прошлого и их превращением в структурированные бессознательные склонности не так велико, как при примитивных переносах, обнаруживаемых у пациентов с пограничной организацией личности.

Я делаю акцент скорее на интернализованных объектных отношениях, а не на импульсно-защитной конфигурации как таковой: бессознательная фантазия исполнения желаний выражает такие объектные отношения. Два способа, благодаря которым, согласно Фрейду (Freud, 1915c), бессознательные желания могут стать осознанными (в форме идеаторных репрезентаций и как аффекты), очевидно проявляются, на мой взгляд, в отношениях между Я-репрезентацией и объект-репрезентацией под воздействием определенного аффекта. Замечания Гловера (Glover, 1955) о необходимости идентифицировать как производные либидинальных влечений, так и исходящие из Эго и Супер-Эго идентификации в

переносе, указывают, как я считаю, в том же направлении. Если невроз переноса проявляется в инстинктивных импульсах, выражаемых в аффектах и идентификациях, отражающих интернализованные объектные отношения, то тогда предлагаемая мной схема рассмотрения с точки зрения объектных отношений может считаться непосредственным клиническим приложением метапсихологической концепции динамического бессознательного и тех условий, при которых оно проявляется в сознании.

Я подразумеваю, что во всех случаях перенос является динамически бессознательным в том смысле, что либо из-за вытеснения, либо из-за расщепления пациент бессознательно искажает текущий опыт из-за своей фиксации на патогенных конфликтах со значимым интернализованным объектом прошлого. Главная задача состоит в том, чтобы посредством интерпретации сделать бессознательное значение переноса “здесь-и-теперь” полностью осознанным. Это первый шаг на пути анализа отношений между бессознательным настоящим и бессознательным прошлым.

Вместо установления непосредственной связи между сознательными и предсознательными переживаниями в отношениях с терапевтом в данный момент и сознательным прошлым, или с подразумеваемым бессознательным прошлым, я, скорее, ожидаю свободных ассоциаций пациента к скрытым бессознательным значениям переноса “здесь-и-теперь”, которые приведут нас к бессознательному прошлому. Поэтому я предлагаю реконструкции в гибких и неопределенных формулировках, позволяющих пациенту двигаться в нескольких направлениях.

Моя теоретическая ориентация клинически выражается в том, как я слушаю пациентов. Мое единственное ожидание состоит в том, что свободные ассоциации пациентов приведут к возникновению в переносе прошлых интернализованных объектных отношений, наложившихся на взаимодействие пациента и аналитика в данный момент.

Я снова хотел бы подчеркнуть, что оставляю без определенного ответа вопрос о подразумеваемых генетических источниках в процессе раскрытия бессознательного значения того, что происходит “здесь-и-теперь”. Хотя справедливо то, что сама по себе природа активирующихся объектных отношений указывает на возможные источники их происхождения и развития, я считаю преждевременным указывать на этот гипотетический источник до того, как свободные ассоциации пациента и исследование бессознательных зна-

чений его поведения "здесь-и-теперь" дадут нам в распоряжение новые факты. Я всегда ясно осознаю опасность того обстоятельства, что преждевременные замечания аналитика могут привести к закрытию того или иного поля исследований раньше времени. Теоретическая схема, помещающая доминирующие конфликты пациента в заранее определенный период времени, как мне кажется, ограничивает свободу как аналитика, так и пациента в исследовании источников бессознательного настоящего в бессознательном прошлом.

Традиционная кляйнианская тенденция связывать примитивные защитные операции и объектные отношения с первым годом жизни (Klein, 1945, 1946, 1952b, 1957), предположения Кохута о том, что любая хрупкость "Я" имеет ранние детерминанты (Reed, 1987) или, например, постоянный поиск аналитиком Эдиповых детерминант или патологии сепарации-индивидуации приводят в результате к сужению возможного поля интерпретаций и ограничению способности аналитика открывать и исследовать неизвестное.

Каналы коммуникации переноса

Бессознательные объектные отношения, которые накладываются на нынешние отношения — совместную работу пациента и аналитика во взаимооговоренных границах психоаналитической ситуации — могут представлять либо набор различных бессознательных объектных отношений, находящихся в конфликте друг с другом, либо защитно функционирующие объектные отношения, активирующиеся против нижележащих противоположных отношений, имеющих импульсную функцию. Эти бессознательные объектные отношения могут проявляться через каналы, упомянутые в предыдущей главе. У пациентов с невротической организацией личности и на продвинутых стадиях лечения пациентов с тяжелой патологией характера и пограничной патологией они в основном проявляются через свободные ассоциации пациентов.

Позвольте проиллюстрировать это клинической виньеткой. Г-жа С., архитектор тридцати с небольшим лет, обратилась ко мне из-за хронических трудностей в межличностных отношениях на работе и тяжелой депрессии, связанной с разрывом внебрачной связи со старшим коллегой по бизнесу, которого она описывала как садиста. Диагностическая оценка выявила истерическую личность с сильны-

ми мазохистскими чертами. Счастливые отношения с отцом в раннем детстве сменились тяжелыми конфликтами с ним в подростковом возрасте, когда у него возникли серьезные проблемы в браке. Г-жа С. воспринимала свою мать как невинную жертву. Нетерпимая к сексуальности, подавляющая атмосфера в доме была интернализована г-жой С. в качестве ее собственного жесткого вытеснения сексуальных импульсов, продолжавшегося и в течение нескольких лет после начала анализа: она была фригидна с мужем и достигала оргазма только при внебрачных связях.

Через несколько недель после того, как пациентка начала анализ, ее настроение улучшилось; она уже не выглядела депрессивной; теперь она производила впечатление покладистой и послушной маленькой девочки, казалось бы, готовой на то, чтобы сделать приятное аналитику. Было видно, что она изо всех сил старалась говорить все, что приходит ей в голову, и содержание ее первоначальных свободных ассоциаций относилось в основном к ее работе, в особенности к тому, кто занимал более высокое положение и кого она описывала как узколобых, предвзятых, неосведомленных специалистов, которым недоставало оригинального, творческого подхода к проектированию. Пациентка так очевидно дистанцировалась от этих людей, что сама подняла вопрос на сеансе, не рискует ли она потерять работу. Она уже однажды теряла работу в другой фирме в не столь уже отдаленном прошлом из-за ее межличностных трудностей.

Когда я отметил, что озабочен тем благодушием, с которым она делилась перспективой своего увольнения, г-жа С. признала свое безрассудство, добавив, что ее поведение может быть опасным, но оно также приносит приятное возбуждение. Последующие ассоциации обнаружили ее фантазии о встрече со своим начальником, который строго сообщает ей о том, что она должна уйти, и которому она дает знать путем тонких намеков, что она сексуально заинтересована в нем. В фантазии это приводило к сексуальным отношениям с ним в тот самый момент, когда тот увольнял ее с работы. Она находила это волнующим — заниматься сексом с человеком, увольняющим ее.

Эта виньетка иллюстрирует раннее появление установки маленькой хорошей девочки в переносе в качестве защиты от подспудного искушения к псевдобунтарскому, провокативно агрессивному отношению к мужчине-авторитету, нацеленному на подспудные, страстно желаемые и наказывающие себя сексуальные отношения

(предположительно, с образом садистского отца). Тот факт, что явно позитивные ранние трансферентные отношения приводили к возникновению подспудных склонностей к негативному переносу в содержании свободных ассоциаций пациентки, а не непосредственно в самих трансферентных отношениях в действительности, давал нам время для проработки этого бессознательного конфликта до его полной актуализации в реальности или в переносе. Внимание на содержании свободных ассоциаций, на субъективных переживаниях г-жи С. было доминирующим коммуникативным каналом, через который патогенные объектные отношения проявлялись в переносе.

У пациентов с тяжелой патологией характера и пограничной организацией личности доминирующие в переносе бессознательные объектные отношения обычно проявляются посредством невербальной коммуникации. Это не означает, что то, что вербально коммуницируется через свободные ассоциации, не имеет значения; скорее невербальная коммуникация становится экономически (т.е. аффективно) доминирующей в сообщении информации аналитику.

Г-н Д., специалист в области охраны здоровья, тридцати лет, обратился ко мне из-за трудностей в отношениях с женщинами, неуверенности в своих профессиональных интересах и будущем и крайней пассивности в работе и повседневной жизни. На своих первых аналитических сеансах г-н Д. погружался в детальные описания ссор, происходивших с его девушкой. Мои попытки прояснить казавшиеся мне спутанными описания этих ссор вызвали ироническое замечание с его стороны, что я медлительный пешеход и не могу уловить тех тонкостей, о которых он мне говорит. Он также ожидал от меня немедленного одобрения его высказываний и поступков в отношениях с девушкой. Я спросил, почему он чувствует потребность в поддержке его поступков по отношению к ней или его оценок. Тогда он злобно обвинил меня в том, что я не сочувствую ему и являюсь традиционным психоаналитиком с непроницаемым лицом игрока в покер.

Вскоре после этого г-н Д. начал также жаловаться, что я не даю ему никакого нового понимания, которое позволило бы ему более эффективно вести себя со своей девушкой. Но когда после лучшего уяснения того обстоятельства, что в действительности происходит в их взаимоотношениях, я поставил под сомнение даваемые им интерпретации ее поведения и поинтересовался причина-

ми некоторых из его поступков, он обвинил меня в принятии ее стороны, в необоснованной предвзятости против него и, более того, в ухудшении отношений с ней путем подрыва его чувства безопасности. Он также выдвинул несколько психоаналитических теорий, объясняющих садистское поведение девушки по отношению к нему, указывая мне, что сам обладает несомненно мазохистским характером, и с растущей злобой заявил, что я не делаю своей работы: не провожу связи между тем, что с ним происходит, и его детскими переживаниями.

Хотя моим первоначальным диагнозом г-на Д. было наличие тяжелой патологии характера с параноидными, нарциссическими и инфантильными чертами — и я был готов к бурному развитию переноса, — меня застала врасплох интенсивность его жалоб и обвинений, и я стал очень осторожен в своих замечаниях. Он тут же почувствовал мою осторожность и злобно обвинил меня в том, что я отношусь к нему как к “больному”, вместо того чтобы говорить прямо. Затем я сосредоточился на его трудностях в принятии того, что я говорю, если это отличается от его собственных мыслей. При этом я указал на внутренний конфликт, переживаемый им по отношению ко мне: он очень хочет, чтобы я помог ему и перешел на его сторону, и в то же время воспринимает все, что от меня исходит как враждебное и угрожающее или как абсурдное и не имеющее никакой ценности. Г-н Д. впервые согласился с моей оценкой ситуации. Он сказал, что очень нуждается в помощи, но столкнулся с некомпетентным и враждебным аналитиком. Тогда я спросил, действительно ли он считает это правдой, ибо если это так, то естественно было бы спросить, почему он выбрал меня в качестве своего терапевта и не поднял этого вопроса. Его реакцией было обвинение в том, что я хочу прогнать его. Я сказал ему, что пытаюсь понять, что он чувствует, и не обязательно должен подтверждать его взгляды относительно меня.

Затем пациент обратился к обстоятельствам, которые заставили его обратиться ко мне и выбрать меня в качестве аналитика после нескольких неудачных опытов с другими психотерапевтами. В ходе этого рассказа выяснилось, что г-н Д. был очень польщен, что я принял его в качестве пациента, но чувствовал себя несчастным из-за того, что он воспринимал как громадную разницу в нашем статусе. Он сказал, как было для него болезненно обратиться к специалистам, которых он считает представителями наиболее консервативного психиатрического и психоаналитического истеблиш-

мента. Г-н Д. обратился ко мне, поскольку я был ему очень хорошо рекомендован, но сейчас он задавался вопросом: не будет ли более полезным для него краткосрочное лечение терапевтом, принадлежащим к “антипсихиатрической” школе. Я предположил, что ему было удобно представлять меня некомпетентным и враждебным, поскольку это позволяло ему сохранять свою самооценку, хотя подобное восприятие моей личности также фрустрировало его желание помощи. Другими словами, я начал интерпретировать его действия вовне, действия выражавшие его потребность обесценить и унизить меня, потребность, отражавшую его диссоциированную зависть ко мне.

С самого начала лечения главным каналом коммуникации бессознательных объектных отношений, активируемых в переносе, было скорее отношение г-на Д. ко мне, а не содержание его ассоциаций. Конечно, содержание его вербальных коммуникаций служило важным средством прояснения того, что происходило в его отношениях со мной, но природа поведения г-на Д. доминировала при коммуникации.

На поверхностном уровне пациент обесценивал меня как вызывающий восхищение и одновременно завистливо разочаровывающий родительский авторитет, сам будучи грандиозным и садистским ребенком. На более глубоком уровне он бессознательно отыгрывал отношения фрустрированного и разъяренного ребенка с родительским образом, который был ему очень нужен, но так же сильно разочаровывал, так как воспринимался как контролирующий и обесценивающий. Такой взгляд на родительский объект запускал интенсивную ярость, выражавшуюся прежде всего в желании обесценить и разрушить объект, в то время как на более глубоком уровне была бессознательная надежда, что он уцелеет. В действительности потребовалось много недель, чтобы обнаружить эти бессознательные значения того, что происходило “здесь-и-теперь”. Месяцы спустя мы узнали, что эти объектные отношения отражали бессознательные отношения г-на Д. с матерью и что его повторяющиеся неудачи во взаимоотношениях с женщинами следовали паттерну, который был поразительно похож на тот, который описывал его отношения со мной. Все эти женщины олицетворяли мать, как это делал я при отыгрывании переноса.

Существует также третий канал коммуникации, который можно рассматривать в качестве ответвления второго, за исключением того, что невербальная коммуникация выражается в явном отсут-

ствии какого-либо специфического объектного отношения в переносе. Иногда случается, что в течение многих месяцев или даже лет пациент демонстрирует только минимальные признаки трансферентной регрессии и почти полное отсутствие агрессии или либидинальной заряженности переноса. В другом месте я подчеркивал (1984), что такие пациенты применяют незаметные, всеобъемлющие и высоко эффективные трансферентные сопротивления против зависимости от аналитика и связанной с этим регрессии в переносе. Эту ситуацию я описывал в предыдущей главе как сужение аналитического пространства. Говоря конкретно, главными сопротивлениями в лечении становятся отсутствие эмоциональной глубины, эмоциональной реальности и фантазии при аналитической встрече.

Г-н Е., около тридцати лет, обратился ко мне из-за неудовлетворенности своим бисексуальным стилем жизни и растущей сексуальной заторможенностью. Личность г-на Е. обладала сильными нарциссическими чертами и качествами "как бы" личности. Его мать умерла, когда ему было девять лет, и его старшая сестра взяла на себя обязанности хозяйки дома. Данное им описание родителей было расплывчатым и противоречивым. Возникало впечатление нереальности всей рассказанной пациентом истории. У него была поверхностно адекватная социальная адаптация, но что-то в его внешнем облике было искусственным. Он являлся одним из тех пациентов, чьи "безупречные свободные ассоциации" эффективно имитируют подлинный аналитический процесс. Было в нем что-то очень механическое, но я затруднялся связать это впечатление с какими-либо конкретными проявлениями переноса. Подобную же слабую эмоциональную вовлеченность он демонстрировал со своей девушкой, по отношению к которой, несмотря на провокации с ее стороны, он не чувствовал ни малейших признаков ревности.

К третьему году анализа, хотя я был способен поддерживать свой интерес к пациенту, я почувствовал, что он соблазняет меня на странное отсутствие активности, как будто я смотрю театральное представление, которое похоже на двухмерную пленку и не имеет никакой глубины. Пациент, казалось, был не способен признать меня другим, отличным и при этом доступным для него человеком, или признать, что он может присутствовать в комнате не только как фиксатор внешней реальности. В конце концов я решил сосредоточиться на природе и симптомах его постоянной не-

доступности для меня и моей недоступности для него, которая проявлялась в его позиции на сеансах. Я использовал описанную мной ранее (1984) технику представления, как вел бы себя на определенном сеансе “нормальный” пациент, чтобы сосредоточить внимание на конкретных проявлениях искусственности в отношениях со мной этого человека.

Эффект привлечения мной внимания к “отсутствию” переноса был поразителен: г-н Е. стал испытывать на сеансах тревогу. В течение нескольких недель его тревога возросла, и его ассоциации существенно изменились. У него развилась сильная боязнь меня, восприятие меня как кого-то полностью нереального. В его переживаниях я демонстрировал фасад дружелюбного психоаналитика, покрывавший собой пугающее пустое пространство. Он был один в центре опустошающего переживания себя как поврежденного и дезинтегрированного. Как будто бы его окружали только мертвые объекты.

В течение нескольких недель этот человек превратился из почти полностью неодушевленного робота в брошенного, охваченного ужасом ребенка. Интенсивные примитивные объектные отношения активировались в переносе и в качестве части моей контртрансферентной реакции, конкордантной идентификации (Racker, 1957) с этой репрезентацией “Я”. Вслед за этим развитием в переносе возникли интенсивные амбивалентные отношения с могущественным отцом с проекцией на меня образа садистского, контролирующего, жестокого отца, которому отвратительны сексуальные фантазии и желания пациента. Короче говоря, элементы, ранее представленные плоской мозаикой, теперь приобрели глубину в переносе. Г-н Е. драматически иллюстрирует преобладание при коммуникации переноса третьего канала, представленного постоянным, хотя и латентным пространством аналитической встречи.

Перенос, бессознательное настоящее и бессознательное прошлое

Я подчеркивал, что ключевое значение имеет раскрытие бессознательного значения переноса “здесь-и-теперь” и полное осознание выражающихся в переносе объектных отношений до того, как делаются попытки реконструкции прошлого. В ходе этого процесса прежде неосознаваемые, отрицаемые, вытесненные, проецируе-

мые или диссоциированные объектные отношения могут стать полностью осознанными и эго-дистонными. Только после этого мы можем рассматривать вопросы о генетических детерминантах активирующегося в данный момент бессознательного интрапсихического конфликта и о том, как их интерпретировать пациенту (Sandler and Sandler, 1987).

Первый приведенный нами случай с г-жой С. дал нам динамическую информацию, которая, кажется, совершенно естественно отражает мазохистское превращение позитивных эдиповых отношений. Как это характерно для невротических пациентов, связи между сознательно знаемой историей прошлого и бессознательной активацией вытесненных объектных отношений "здесь-и-теперь" были явными и непосредственными. Тем не менее я избегал любых ссылок на ее отношения с отцом, до тех пор пока г-жа С., задумавшись о своей потребности превращать хорошие отношения с мужчиной в плохие, чтобы сексуализировать их, начала ассоциировать о своих взаимоотношениях с отцом в подростковом возрасте.

С г-ном Д., специалистом в области охраны психического здоровья, я не связывал очень хаотические и сложные действия вовне в переносе непосредственно с известными мне аспектами истории пациента: информация, которую он сообщал о своем прошлом, была настолько противоречивой и хаотичной, что было трудно оценить ее реальную ценность. Потребовалось много времени, чтобы прояснить бессознательный смысл того, что происходило "здесь-и-теперь"; только когда это было проделано, я смог поставить вопрос о том, что именно необходимо исследовать в терминах предпосылок его возникновения и развития.

Динамика отчаянного поиска г-ном Д. зависимости от опасного и жестоко контролирующего его объекта может подвести теоретиков, придерживающихся разных взглядов, к различным заключениям. Последователь Малер может сделать вывод, что это соотносится с фазой рапрошман (возобновления отношений) процесса сепарации-индивидуации; последователь Кляйн свяжет это с завистью к хорошей или плохой груди; традиционный эго-психолог будет размышлять об обусловленной чувством вины анальной регрессии от позитивного эдипова конфликта. Но поскольку у меня не было сведений о том, на какой фазе развития возник этот конфликт или к какой стадии регрессировал, я избегал спекуляций на эту тему, до тех пор пока развившаяся

бессознательная ситуация “здесь-и-теперь” стала полностью осознанной и эго-дистонной.

Случай с г-ном Е. показывает явную опасность преждевременных генетических реконструкций. Здесь, даже во время прорыва из долгого аналитического тупика, я удерживался от связывания активирующихся примитивных объектных отношений с любым из аспектов прошлого, до того как он с очевидностью возникал в переносе и свободных ассоциациях пациента.

Таким образом, резюмируя, я сначала пытаюсь выстроить вневременные конструкции бессознательного значения того, что происходит “здесь-и-теперь”, и только затем, если есть соответствующие для этого условия, пытаюсь осторожно превратить эти конструкции в реконструкции бессознательного прошлого. Аналогичным образом, я пытаюсь избегать генетической ошибки приравнивания наиболее примитивного материала к наиболее раннему, так же как и любого механического связывания определенных типов психопатологии с фиксированными стадиями развития.

Эти три случая также иллюстрируют другой аспект моей техники, а именно: значение тщательного исследования переживаний, возникающих у пациента за пределами аналитического кабинета и в самих аналитических отношениях. Я проводил значительное время с г-жой С., исследуя ее отношения с коллегами и начальниками на работе перед тем, как попытался связать этот материал с отношениями со мной — несмотря на то, что я очень скоро заметил, что пациентка вела себя на аналитических сеансах как “хорошая маленькая девочка”.

Мои первые усилия в работе с г-ном Д. были направлены на прояснение его хаотичных отношений с подругой. Только когда в результате провала всех моих усилий помочь возникло новое понимание происходящего и стало очевидно, что темы, фигурирующие в переносе, приобрели наибольший интерпретативный приоритет, я решил в основном сосредоточиться на его отношениях со мной. Мне пришлось долго ждать, пока я смог связать его отношения с подругой и со мной.

В третьем случае, конечно же, длительная история безуспешных усилий по исследованию как его внеаналитических, так и аналитических взаимоотношений привела к диагнозу, сформулированному мной как сужение аналитического пространства. В метапсихологических терминах, экономические критерии (т.е. поиск областей доминирующей аффективной активации, безразлично,

сознательных или бессознательных) должны указывать на то, следует ли сосредоточить интервенцию преимущественно на взаимодействии с пациентом на сеансе или на его внешней реальности (Kernberg, 1984).

Теперь должно быть понятно, что хотя я и уделяю большое внимание бессознательному значению переноса "здесь-и-теперь", я не пренебрегаю важностью анализа генетических предпосылок "там-и-тогда". В своем акценте на "здесь-и-теперь" я солидарен с предложениями Гилла. Однако я считаю, что чрезмерное расширение концепции переноса как "амальгамы прошлого и настоящего" (Gill, 1982) размывает различение того, что не относится к "здесь-и-теперь" и нуждается в объяснении из других источников.

Я думаю, что не следует включать в перенос в качестве его части действительные аспекты поведения аналитика, которые запускают перенос пациента или служат его рационализациями. Для аналитика фобическое избегание признания реальности одного из аспектов своего поведения, замеченного пациентом и вызвавшего определенную реакцию с его стороны, является технической ошибкой. Более того, неспособность аналитика осознавать, что его собственное поведение может бессознательно запускать аспекты переноса, также является технической ошибкой. Я думаю, искажением классической концепции переноса является утверждение, что тот вклад, который аналитик реально вносит во взаимодействие с пациентом, следует игнорировать или отрицать; делать так значит подразумевать, что аналитик безупречно адаптирован и стопроцентно нормален. В одной из предыдущих работ я указывал:

> "Пациенты быстро становятся специалистами в распознавании личностных характеристик аналитика, и реакции переноса часто первоначально возникают именно в этом контексте. Но делать заключения, что все реакции переноса в своей глубине, по крайней мере, частично, являются бессознательными или сознательными реакциями на реальность аналитика, значит неправильно понимать природу переноса. Перенос — это неуместный аспект реакции пациента на аналитика. Анализ переноса может начинаться с того, что аналитик "оставляет открытым" вопрос реальности наблюдений пациента и исследует то, почему конкретные наблюдения являются важными в каждый конкретный момент.

> Если аналитик осознает реальные особенности своей личности и способен признать их без нарциссической защиты или отрицания, его эмоциональная позиция позволит ему заявить пациенту: “Итак, если вы реагируете на что-то во мне, как нам понять интенсивность вашей реакции?” Но патология характера аналитика может быть такова, что трансферентные реакции пациента на него приведут к разрушению технической нейтральности. Если аналитик не способен различать, реалистически или нереалистически воспринимает его пациент, то это значит, что действует контрперенос” (Kernberg, 1984).

То, что отыгрывается в переносе, никогда не является простым повторением реальных событий прошлого пациента. Я согласен с Мелани Кляйн (Klein, 1952b), предположившей, что перенос исходит из комбинации реальных и фантазийных переживаний прошлого и защит от них. Это еще один способ подтвердить, что отношение между психической реальностью и объективной реальностью всегда остается неоднозначным: чем более тяжелой является психопатология пациента и более искаженной — его психическая структурная организация, тем более косвенными являются взаимоотношения между нынешней структурой, генетическими реконструкциями и источниками развития. Но делать заключение, что реконструкция прошлого невозможна, потому что трудна, и использовать трудность связывания прошлого и настоящего для того, чтобы ставить под вопрос возможность раскрытия прошлого, это отговорки, которые ничем не обоснованы.

Контрперенос, эмпатия, память и желание

Свои взгляды на контрперенос я уже высказал в предыдущих работах (1975, 1984). Здесь я бы хотел подчеркнуть преимущества глобальной или широкой концепции контрпереноса, которая включает в дополнение к бессознательным реакциям аналитика на пациента или на перенос (или, другими словами, в дополнение к переносу аналитика) реалистические реакции аналитика на реалии жизни пациента, на то, как пациент может воздействовать на жизнь аналитика и на перенос. По практическим соображениям все эти

компоненты, за исключением последнего, остаются без особого внимания в обычных психоаналитических обстоятельствах.

Очевидно, что если у аналитика осталась серьезная непроанализированная патология характера или существует неблагоприятный взаимный "резонанс" между патологиями характера пациента и аналитика, то перенос аналитика обостряется. Чем значительнее психопатология пациента, чем более регрессивный характер имеет перенос, тем более интенсивны реалистические эмоциональные реакции терапевта на пациента. Именно эта область — реалистические реакции на пациента и их связь с более глубокой трансферентной предрасположенностью аналитика — представляет как потенциальную опасность контртрансферентных действий вовне, так и потенциальную ценность в качестве клинического материала, который подлежит исследованию аналитиком и интеграции в его понимание переноса.

В 6-й главе я описал понятия конкордантной и комплементарной идентификаций в контрпереносе, предложенные Ракером (Racker, 1957). С моей точки зрения, комплементарная идентификация в контрпереносе имеет особенное значение при анализе пациентов с тяжелой патологией характера и регрессивным развитием переноса. Посредством бессознательных защитных операций, в особенности проективной идентификации, пациенты способны при помощи незаметных поведенческих коммуникаций вызывать у аналитика эмоциональное отношение, отражающее определенные аспекты собственных диссоциированных "Я"- и объект-репрезентаций пациента.

Интроспективный анализ аналитиком своих комплементарных контртрансферентных реакций позволяет ему диагностировать проецируемые аспекты активируемых объектных отношений пациента, особенно тех, которые передаются невербально и путем изменения качества аналитического пространства — привычных, безмолвных отношений между пациентом и аналитиком. В оптимальных условиях понимание аналитиком своего собственного аффективного давления, происходящего из бессознательных коммуникаций пациента в переносе, может вести к более полному пониманию объектных отношений, активирующихся в переносе.

Моя позиция по отношению к активации у аналитика интенсивных эмоциональных предрасположений к пациенту, особенно в периоды трансферентной регрессии, это терпеливое выдерживание своих собственных чувств и фантазий о пациенте и попытки исполь-

зовать их для лучшего понимания того, что происходит в переносе. Чтобы защитить пациента, я сохраняю бдительность по отношению к тем искушениям, которые могут возникнуть у меня по отыгрыванию этих чувств или сообщению их ему. Несообщение пациенту реакций контрпереноса обеспечивает аналитику свободу в работе с ними и при использовании их в своих интерпретациях.

Близкий к этому вопрос — определение природы того, что проецируется на аналитика и активируется в его контрпереносе. Пациенты могут проецировать Я-репрезентации, отыгрывая при этом объект-репрезентации тех объектных отношений, которые активируются в переносе; или наоборот, могут проецировать объект-репрезентации, отыгрывая соответствующие Я-репрезентации. Эти проекции относительно стабильны у пациентов с невротической организацией личности, но они нестабильны и быстро чередуются у пациентов с тяжелой патологией характера и пограничной организацией личности.

Например, г-жа С. заискивала передо мной как объект-репрезентацией ее отца, чтобы защититься от своих импульсов противостояния мне и соблазнения меня на агрессивную и сексуализированную контратаку. У пациентки активировалось несколько относительно стабильных Я-репрезентаций, находящихся под воздействием различных аффективных состояний, так же как и относительно стабильные проекции на меня объект-репрезентаций, бессознательно представляющих отца, в различных аффективных состояниях. Другими словами, мы не “обменивались личностями”.

Но г-н Д. демонстрировал быстрое и почти хаотичное чередование “Я”- и объект-репрезентаций в своих идентификациях со мной и своих проекциях на меня, отражающих также и различные аффективные состояния. Например, в один момент он проецировал на меня отстраненный, безразличный и отвергающий образ отца, воспринимая меня как доминантного, эгоцентричного, не терпящего никаких взглядов, кроме собственных, и готового гневно отвергнуть его (моего ребенка), осмеливавшегося думать иначе. При этом за минуту перед таким переживанием и минуту спустя после него г-н Д. идентифицировал себя с образом такой родительской фигуры и отвергал меня (своего ребенка), заявляя, что он сейчас решил прекратить свой анализ, потому что не может терпеть такого во всем ошибающегося и упрямого аналитика. Его отношение подразумевало, что внезапное прекращение его отношений со мной будет наиболее естественным, и нет никакого рис-

ка, что он будет скучать обо мне. Иными словами, между нами в переносе происходил быстрый обмен ролями садистского, пренебрегающего родителя и ребенка, которым пренебрегают и с которым плохо обращаются.

Я думаю, решающее значение имеет то обстоятельство, что аналитик выдерживает быстро чередующиеся, временами полностью противоречивые, эмоциональные переживания, сигнализирующие об активации дополняющих друг друга "Я"- и объект-репрезентаций примитивных интернализованных объектных отношений. Способность аналитика переносить такие быстрые перемены в своих эмоциональных реакциях на пациента без отрицания или действий вовне требует нескольких предварительных условий.

Во-первых, аналитик должен сохранять строгие границы места и времени в аналитической ситуации, приватность вне лечебных сеансов и чувство собственной физической безопасности на сеансах.

Во-вторых, аналитик должен быть способен выдерживать в качестве части своей эмпатической реакции на пациента активацию примитивных агрессивных, сексуальных и зависимых аффективных состояний в себе самом. Аналитик должен, например, признавать собственную агрессию в контрпереносе (Winnicott, 1949), такую как приносящее удовольствие переживание садистского контроля. Подобное переживание может стать гораздо большей проблемой для аналитика, чем выдерживание, например, сексуального возбуждения.

В-третьих, аналитик должен сохранять достаточную веру в свои творческие способности как часть своей аналитической работы — так, чтобы выдерживать потребности пациента в разрушении своих усилий без реактивной контратаки, обесценивания пациента или отстранения от него. Только если аналитик чувствует себя комфортно с собственной агрессией, он способен интерпретировать агрессию пациента без страха того, что это нападение на пациента или подчинение обвинениям со стороны пациента, что аналитик на него нападает (проявление неспособности пациента выносить собственную агрессию).

Впечатление, которое я получил от исследования клинического материала, представляемого Я-психологами, состоит в том, что они скрыто или явно придерживаются того взгляда, что интерпретация агрессии пациента соответствует атаке на пациента, как будто бы всякая агрессия является "плохой". Такой взгляд на агрессию

способен только подкрепить собственное убеждение пациента, что агрессия — *это* плохо и что он должен защитить себя от таких "обвинений" любыми способами, которые есть в его распоряжении.

Как я подчеркивал в одной из предыдущих работ (1975), эмпатия поэтому должна включать не только конкордантную идентификацию с эго-синтонным, центральным субъективным переживанием пациента, но также и комплементарную идентификацию с диссоциированным, вытесненным или проецируемым аспектом Я-концепции пациента или его объект-репрезентации.

Бион в работе "Заметки о памяти и желании" (Bion, 1967) подчеркивал важность встречи с материалом пациента на каждом сеансе без предварительных мыслей о динамике пациента ("памяти") и без определенных желаний относительно материала пациента, его функционирования, его переживаний и без собственных желаний, не имеющих отношения к пациенту ("желания"). Поскольку этот вклад Биона несет в себе косвенную критику формулировок, традиционно распространенных в кляйнианской школе, и призыв быть открытым для нового материала при минимуме аналитических предубеждений, его точка зрения находит хороший прием. Я думаю, однако, что Бион недооценивает важность долгосрочного опыта знакомства аналитика с материалом пациента, понимание аналитического процесса, которое развивается на протяжении недель и месяцев, понимание, которое может стать основой суждений аналитика, при этом не порабощая его.

Моя точка зрения состоит в том, что аналитик нуждается в сохранении чувства преемственности аналитического процесса и, в частности, взгляда на пациента на его поведение и его реальность, взгляда, который выходит за рамки субъективного взгляда самого пациента в каждый данный момент и на каждом данном сеансе, так же как и за рамки собственных "мифов" пациента о предварительной организации его прошлого. Такая система координат ("память") является дополнением к периодам, когда аналитику приходится выдерживать свое непонимание в ожидании того, что в конце концов появится новое знание. Аналогично, что касается "желания" аналитика, то его терпимость к импульсам, желаниям, и страхам по отношению к пациенту, возникающим на протяжении всего периода работы, снабжает аналитика важной информацией, приходящей ему на ум в течение сеансов и не обязательно порабощающей его.

Хотя многое из того, что я сказал, можно применять при психоаналитической психотерапии с неанализируемыми пограничными и нарциссическими пациентами, я собирался высказать свой общий подход к переносу в контексте стандартного психоанализа с широким спектром пациентов. Мой опыт свидетельствует, что, когда я применяю этот подход к пациентам с невротической организацией личности (см. главу 11), он немного отличается от традиционного эго-психологического подхода или от других объектно-отношенческих подходов. И наоборот, различия между моим подходом и подходом психологии "Я" очевидны, глубоки и глобальны. Что касается регрессировавших пациентов, кажется, однако, что появляются существенные различия между моим подходом и традиционной эго-психологией, британской школой объектных отношений и техниками объектных отношений интерперсональных психоаналитиков в США.

8. ТЕОРИЯ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭГО-ПСИХОЛОГИИ — ТЕОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Одно из наших предположений состоит в том, что результатом психоаналитического лечения являются структурные изменения. Хотя точного общепринятого определения структурных изменений не существует, все в общем согласны, что достаточные симптоматические и характерологические изменения должны иметь глубину и стабильность и быть основанными на существенном переструктурировании личности пациента. Подразумевается, что такое изменение выходит за рамки перемен, являющихся результатом поведенческих манипуляций, “трансферентного излечения”, внушения и плацебо-эффекта и других техник, используемых в психотерапии.

Структурные изменения традиционно определяются как существенные изменения бессознательных интрапсихических конфликтов, лежащих в основе образования симптомов. Изменение в подспудных бессознательных психических структурах обычно отражается в существенных сдвигах равновесия в Эго, Супер-Эго и Ид, с существенным расширением системы Эго и соответствующим снижением давления со стороны бессознательных Супер-Эго и Ид. Иначе формулируя эту концепцию, можно было бы сказать, что происходит существенная перемена в импульсно-защитных конфигурациях с уменьшением защит, ограничивающих Эго переход от вытеснения к сублимации и включение прежде вытесненных производных влечений в эго-синтонное поведение. Концепция структурных изменений относится поэтому не только к стабильности или стойкости поведенческих изменений, но и к существенным переменам в бессознательной динамике, связанным с такими изменениями. Я считаю, что эта концепция поднимает важные теоретические, клинические и исследовательские проблемы.

Традиционное определение структурных изменений, только что данное нами, подразумевает, что характерной для психического функционирования является хорошо дифференцированная трех-

членная структура. Мое представление отличается от этого предположения тем, что на основе данных, относящихся к психопатологии пограничных состояний (Kernberg, 1976, 1984), я считаю, что импульсы и защиты необходимо исследовать в терминах паттернов интернализованных объектных отношений — строительных блоков трехчленной структуры. Диссоциация или интеграция этих строительных блоков отражается в характере пациентов, их межличностных отношениях и развитии переноса.

Согласно моему пониманию психопатологии и лечения тяжелых расстройств характера, изменения во внутренней организации Я- и объект-репрезентаций подлежат включению в психоаналитическую концепцию структурных изменений. В дополнение к этому возможность того, что структурные изменения могут быть вызваны психоаналитической психотерапией пограничной организации личности — а не только психоанализом — нуждается в исследовании в теоретических рамках, оправданных для широкого спектра психотерапии. Также, если одной из характеристик тяжелой патологии характера является выражение импульсов, которые были скорее диссоциированы, нежели вытеснены, расширение Эго в ходе терапевтического улучшения пограничных пациентов может характеризоваться изменением таких импульсов путем их интеграции (и частичного подавления), а не подъемом их из состояния вытеснения. Такие изменения могут на самом деле возникать как в близких отношениях с некоторыми значимыми другими, так и в переносе. То, что мы наблюдаем, это интеграция Я-концепции пациента и повышение его способности как к реалистическому пониманию этих других людей, так и эмоциональному интересу к ним.

Другой проблемой, относящейся к психоаналитической теории структурных изменений, является путаница между изменениями, отражающими реорганизацию интрапсихических структур (относится ли это к Эго, Супер-Эго и Ид или к интернализованным объектным отношениям), и изменениями, отражающимися в реальных поведенческих паттернах. Определение психических структур как процессов с медленным темпом изменения, данное Раппапортом (Rappaport, 1960), по-видимому, ведет к концепции структурных изменений, включающих проявления изменений в паттернах поведения. Валлерштейн (Wallerstein, 1986), соглашаясь со Шварцем (Schwartz, 1981), указывает на неоднозначность вопроса о том, что лежит в основе истинных структурных изменений, в отличие от “просто” адаптивных или поведенческих изменений.

Основываясь на эмпирическом опыте, собранном за многие годы (Kernberg et al., 1972; Wallerstein, 1986), я считаю, что стойкие изменения в широкой области психического функционирования могут достигаться при психоаналитической психотерапии и даже при лечении, которое традиционные психоаналитические теоретики назвали бы либо “поддерживающим”, либо “укрепляющим Эго”, а не только при психоанализе. Стойкие поведенческие изменения могут, в свою очередь, оказать глубокое воздействие на баланс конфликтов индивида и, следовательно, на отношения внутри трехчленной структуры и мира интернализованных объектных отношений в целом. В предыдущих работах (Kernberg, 1975, 1984) я сформулировал специфические показания и технические характеристики определенного типа психоаналитической психотерапии, направленного на лечение пограничной организации личности, являвшегося применением психоаналитической теории к категории пациентов, обычно не слишком хорошо реагирующей на стандартный психоанализ. В дополнение к этому я считаю, что существует необоснованное неявное обесценивание в области психоаналитической психотерапии тех глубоких изменений, к которым может привести создание особой терапевтической среды (например, при умелом психотерапевтическом ведении некоторых хронических больных шизофренией).

Если длительное изменение, глубоко влияющее на отношения пациента к себе самому, к окружающим, к работе и к жизни в целом может достигаться такими разными путями, существует ли какой-то *особый* механизм стабильных изменений, исходящих от психоанализа и психоаналитической психотерапии?

Можно возразить, что для пациента результат — это облегчение симптомов и изменения характера, так что если исследование показывает, что психоаналитическое лечение достигло таких изменений, то вопросов, касающихся концепции структурных изменений, можно избежать. Наконец, оценка эффективности психоаналитической техники в достижении улучшений у пациента может быть выполнена независимо от психоаналитических предположений о том, что их вызывает. Но такое избегание проблемы является, конечно же, неудовлетворительным.

Поскольку основной инструмент психоаналитической техники — интерпретация — сосредоточивается именно на динамических взаимоотношениях между импульсом и защитой (и, я бы добавил, на активации бессознательных конфликтных интернализованных

объектных отношений, представленных в таких импульсно-защитных констелляциях), то концепция и проверка изменений в балансе конфликта занимает центральное место в психоаналитической технике, так же как и в теории, касающейся результатов лечения. Далее, проверка эффективности интерпретаций также включает в себя оценку расширения инсайтов пациента — аффективного и когнитивного осознания им своих конфликтов, его озабоченности ими и использования им этого осознания и этой озабоченности в активной работе над конфликтом.

Более того, исследование того, в какой степени улучшение пациента является результатом концептуальной “индоктринации” со стороны терапевта в противоположность возникновению у пациента новых знаний о себе посредством интроспекции, является ключевым для оценки психоаналитической техники в ее противопоставлении суггестивному или поддерживающему подходам. Короче, концепция структурных изменений, которой мы придерживаемся, влияет на выбор формы и техники лечения. А наша концепция структурных изменений зависит от нашей концепции о структуре психики.

При пограничной организации личности принципиальная аналитическая задача состоит в соединении посредством интегрирующих интерпретаций взаимно диссоциированных или расщепленных частичных объектных отношений, отражающих бессознательные интрапсихические конфликты — так, как они активируются в переносе, путем прояснения, в процессе работы, соответствующих им Я- и объект-репрезентаций и доминирующих аффектов.

Надеюсь, что предыдущие главы позволили прояснить, что я считаю принципиальной аналитической задачей работы с невротическими пациентами приведение вытесненных, бессознательных трансферентных значений того, что происходит “здесь-и-теперь” к полному осознанию, используя свободные ассоциации пациента и интерпретации в качестве главного терапевтического орудия. Я ожидаю, что свободные ассоциации пациента к раскрытому бессознательному значению переноса “здесь-и-теперь” приведут нас к бессознательному прошлому.

В рамках этой теоретической схемы структурные изменения, являющиеся результатом психоаналитического лечения, отражаются в существенных переменах доминирующих паттернов переноса и в определенных и стойких изменениях в терапевтических взаимоотношениях по мере того, как эти сменяющиеся паттерны пе-

реноса разрешаются. Мы обнаруживаем расширение осознания пациентом природы этих проявлений переноса, их бессознательных источников в прошлом и их воздействия на переживания и поведение пациента вне сеансов, так же как и в самой ситуации лечения. С клинической точки зрения, следовательно, общая концепция изменений отражается не в оценке защитных операций пациента или адекватности или уместности выражения его импульсов (таких, как интегрированные агрессивные и сексуальные влечения), но, в первую очередь, в изменении природы объектных отношений, активирующихся в переносе. Два клинических примера проиллюстрируют мои формулировки структурных интрапсихических изменений.

Клинические иллюстрации

Г-жа Ф., около тридцати лет, начала психоаналитическую психотерапию 3 раза в неделю из-за тяжелого самоповреждающего поведения, хронической манипуляции окружающими и спорадического злоупотребления различными наркотиками в течение предшествующих двенадцати лет. Ее практика прижигания себя сигаретами и суицидальные попытки были таковы, что госпитализация казалась неизбежной. Лечение основывалось на диагностическом заключении, что г-жа Ф. обладает пограничной организацией личности с нарциссическими, инфантильными и антисоциальными чертами.

В течение четырех лет часто повторялись следующие паттерны поведения. Г-жа Ф. впадала в самоповреждающее поведение, предпринимая суицидальные попытки, как только ее ложь и манипулятивные попытки контролировать других терпели провал. Ложь и манипуляция другими обычно следовали за провалом контроля за ними с помощью провокаций и возбуждения у них чувства вины. Ее провокативное поведение возникало, если ее зависть и обида на других становились невыносимыми. Она была особенно завистлива к способности других людей сохранять автономию и поддерживать значимые, удовлетворяющие отношения, к которым, как она чувствовала, была не способна. Такие последовательности раз за разом разыгрывались в отношениях пациентки со своей семьей и друзьями, так же как и с терапевтом.

Исследование конфликтов г-жи Ф. между интенсивной агрессией и неудовлетворяемыми потребностями в зависимости постепенно привели к сдвигу ее коммуникативного стиля с прямого выражения в действии к вербализации ее подспудных боли, ярости и отчаяния. Через несколько месяцев больничного лечения стало возможным перевести ее на амбулаторное лечение. Но, хотя самодеструктивные импульсы пациентки стали меньше угрожать ее жизни (прижигание сигаретами стало более поверхностным, а суицидальные попытки не такими частыми и тяжелыми), ее тенденция лгать и манипулировать другими сохранилась. Эти импульсы находили свое выражение в мстительном и радостном отвержении любого понимания со стороны терапевта. Позже, когда г-жа Ф. стала способна к вербализации своих желаний обесценить все идущее от терапевта, ее ложь и другие искажения информации о своей жизни стали проявляться на сеансах в меньшей степени. Одновременно с этим у нее появилась некоторая способность учиться и работать и меньше зависеть от семьи.

Циклы ее поведения, которые первоначально занимали несколько недель или месяцев, постепенно ускорялись, так что их можно было продиагностировать и полностью обсудить за все меньшее и меньшее время, иногда за четыре или пять сеансов. В течение третьего и четвертого года лечения произошло еще большее сгущение и ускорение этих циклов. В то же время на сеансах стало возникать новое содержание — так незаметно, что терапевт смог обнаружить его появление только после ретроспективного анализа материала нескольких месяцев лечения. Г-жа Ф. стала выражать примитивные, почти дикие, агрессивные желания: например, ей снилось, что она травит газом стариков в доме престарелых, находясь в сговоре с директором этого дома; и в момент убийства этих людей она продолжает вести дружескую, живую беседу с их родственниками в другом месте, радостно думая о том, что происходит массовое убийство.

Одновременно с этим г-жа Ф. начала выражать озабоченность, по-прежнему ли терапевт принимает ее, имея в виду эти чудовищные сны и фантазии. Прежние друзья, которых она потеряла много лет назад и к которым чувствовала полное безразличие, вновь возникли в ее памяти, и у нее пробудились чувства к ним. Впервые она почувствовала печаль из-за разрушения прежних отношений, потребность в общении и моменты сильного ужаса от собственной враждебности, которую она испытывала к людям.

На одном из сеансов г-жа Ф. начала длинный рассказ о подруге, очень понимающей и поддерживающей, которой она сильно пренебрегла. Теперь она решила написать ей письмо с признанием своей холодности и просьбой о прощении. Психотерапевт был поражен. Из-за присущих г-же Ф. эксплуатирующих паттернов поведения и долгого бессердечия по отношению к другим он вначале почувствовал подозрения, рассеявшиеся только по окончании сеанса. Пациентка решила снова обсудить этот вопрос при первой возможности и сделала это на следующей неделе, заметив, что только ретроспективно осознала, насколько глубоко она изменилась в своем отношении к прежней подруге. Затем г-жа Ф. задумчиво сказала, что ей также хотелось бы знать, настолько ли подруга привыкла к ее обычному способу поведения с людьми, что потеряла веру в нее. Она также предупредила терапевта, что ее изменения могут быть "действительны только на данный момент", что отражало как осознание ею своего изменения, так и тревогу, возникшую благодаря хрупкости этого изменения.

Как будто бы пациентка обнаружила новое расщепление между обычной человечностью, которая дремала в ней, и садистским, тираническим аспектом своей личности, доминировавшим в течение большей части ее жизни. Теперь, на шестом году лечения, ее отношения с людьми изменялись параллельно с развитием заинтересованности и любовных чувств по отношению к терапевту. Исчезла нечестность пациентки в переносе, сгладились ее самодеструктивные тенденции, как только она осознала, что была вынуждена разрушать любую возможность к хорошим отношениям с окружающими, включая свое собственное выживание, посредством этого садистского внутреннего врага.

Второй случай — г-н Г., бизнесмен тридцати с небольшим лет, обсессивно-компульсивная личность со смешанным неврозом, включающим симптомы депрессии, тревоги и подавленной гомосексуальности. Г-н Г. начал психоаналитическое лечение из-за длительной неудовлетворенности своей повседневной жизнью и работой, проблем в отношениях с женой и двумя маленькими детьми и хронических чувств депрессии. Его семья, друзья и коллеги считали его холодным и отчужденным, и он знал, что несмотря на все свои усилия стать более открытым и общительным, был зажат, неуклюж, ригиден и склонен к перфекционизму. Мастурбация г-на Г. сопровождалась гомосексуальными фантазиями, и явное содержание его сновидений также часто было гомосексуаль-

ным. Но у него никогда не было реального гомосексуального опыта, и мысль, что он может быть гомосексуалом, приводила его в ужас. Постепенно стало ясно, что желания получить помощь для преодоления гомосексуальных конфликтов и улучшения сексуальной жизни с женой были его истинными мотивами начала лечения. Занимая административный пост в крупной компании, г-н Г. боялся давления со стороны подчиненных и очень боялся критики со стороны начальников.

Г-н Г. был единственным ребенком ригидных, набожных, всю жизнь тяжело работавших родителей, ожидавших от него помощи в домашней работе и содержания своих вещей в порядке, как это делали они сами, отводя всему свое место. Мать была, несомненно, доминирующей фигурой в доме. По ее настоянию он начал учиться играть на скрипке, будучи еще очень маленьким. Он ненавидел играть и до сих пор сохранил амбивалентные чувства к музыке. Но он наслаждался своей способностью выражать себя с помощью музыки, и хотя играл все меньше и меньше, стал довольно хорошим музыкантом. Я заметил, что он несколько оживлялся, когда говорил о музыке.

Он хорошо учился, но чувствовал, что одноклассники его не любили, и было лишь несколько друзей, с которыми он чувствовал себя комфортно. В старших классах он начал иногда встречаться с девушками в связи со своими музыкальными мероприятиями. На последнем курсе колледжа он начал встречаться с женщиной, на которой женился. Хотя неуверенность по поводу своих сексуальных реакций и связанные с этим чувства вины мучили его с самого начала, ее желание держаться за него, несмотря на его отстраненность, в конце концов заставило его жениться на ней. Гомосексуальные мастурбационные фантазии начались у него в раннем подростковом возрасте, и он очень старался сохранить их в полной тайне. Он надеялся, что женитьба поможет ему преодолеть сексуальный интерес к мужчинам, но этого не произошло.

Когда началось лечение, поведение г-на Г. на сеансах отражало поверхностное подчинение и подспудный бунт против могущественных авторитетных фигур, в конце концов прослеживаемых до фигуры его отца. Он начинал практически каждый сеанс с монотонного описания различных работ, которые выполнял в своей плотницкой мастерской, изложением, которое как постепенно стало ясно, было бессознательным передразниванием свободных ассоциаций. Интерпретации бессознательного значения этого пат-

терна постепенно привели к его разрешению и сдвигу переноса на развитие сильных желаний зависимости от меня как от образа отца.

Сильные гомосексуальные желания, с которыми он боролся, начиная с подросткового возраста, также проявились в переносе, наряду с интенсификацией мастурбаторных фантазий о гомосексуальных отношениях с добрым, защищающим мужчиной. Интерпретация его страха гомосексуальных желаний по отношению ко мне, позволяющая ему говорить об этих вопросах более свободно, запустила развитие интенсивных страхов передо мной как садистским родительским образом, сочетающим в себе как отцовскую гневную, авторитарную позицию, так и жесткий, требовательный перфекционизм матери.

Повторяющиеся циклы зависимой потребности в дающем и защищающем отцовско-материнском образе и страх перед ним снова изменились, после того как я проинтерпретировал его сексуальные фантазии как защиту от подспудной ярости, адресованной этому садистскому отцовско-материнскому образу.

Теперь отношения в переносе стали преимущественно материнскими: он ощущал меня как холодного и требовательного, обладающего характеристиками, относящимися к требованиям его матери относительно чистоты и работы и ее подозрительности и запретам по отношению к его сексуальным импульсам. Стало ясно, что тупик, возникший в течение нескольких месяцев во время второго года лечения, отражал мазохистские черты, заметные в работе и социальных отношениях г-на Г. Эти мазохистские тенденции были защитой от глубоко сидящей оральной агрессии по отношению к матери, смешанной на еще более глубоком уровне с эдиповым бунтом против отца.

На новом этапе боязни своих сексуальных импульсов стало ясно, что его гомосексуальные чувства включали в себя также гетеросексуальные импульсы, которые были неприемлемы для его матери, и сексуальные чувства, перемещенные с нее на отца, что, в свою очередь, необходимо было отвергнуть, так как фантазийным последствием того, чтобы стать гомосексуалистом, означало быть кастрированным. В своих отношениях со мной он перешел от пассивного сопротивления, которое было его обычным оружием на протяжении многих лет по отношению к начальству на работе, к открытой критике и едва контролируемым вспышкам ярости.

Три следующих друг за другом сеанса через два с половиной года после начала лечения демонстрируют существенные изменения, происходившие в то время в его психоанализе.

На первый из этих сеансов пациент пришел отстраненным и погруженным в себя. Улегшись на кушетку, он молчал в течение долгого времени и затем произнес: “Ничего не приходит мне в голову”. Он видел себя в домашней мастерской скрепляющим детали книжного шкафа, над которым он работал, и сбивчиво описал технические подробности этой работы. Несколько раз он повторил, что это никуда не ведет, и это бесполезный разговор, и затем, после дальнейшего молчания сказал, что он, должно быть, наскучил мне, но не станет винить меня за это. Его жена взяла детей на обед в местный ресторан быстрого обслуживания. Она спустилась в подвал, чтобы спросить, не хочет ли муж присоединиться к ним, а он ответил, что хочет закончить работу. После того, как жена увела детей, он с облегчением почувствовал себя в одиночестве, хотя и испытывал вину за то, что не проводит с ними достаточно много времени. Он также почувствовал облегчение, потому что не желал говорить с кем бы то ни было о чем бы то ни было. Затем г-н Г. возобновил рассказ о своей мастерской, своих инструментах, снова повторяя, что анализ — это бесполезное упражнение. Он никуда не ведет его.

Я сказал, что он испугался, что, возможно, наскучил мне, поскольку не дает мне никакого полезного материала, так же как, может быть, наскучил жене и детям, не проявляя к ним никакого интереса. Я продолжал говорить, что его чувство, что он ничего не дает мне, оказалось для него болезненным, и он подумал, что лечение бессмысленно, так как усиливает его чувство вины передо мной. Я также поинтересовался, не вызвало ли его чувство облегчения, которое он испытал от того, что не надо идти вместе с детьми и женой, усиление его чувства вины перед ними.

После короткого молчания г-н Г. сказал, что знает все это, но что с того! Долгое молчание. Затем: “Вы мне никак не помогаете!” Снова молчание. Через две или три минуты он сказал, что я наказываю его своим молчанием.

Он снова замолчал на несколько минут и затем сообщил, что опять мастурбировал перед зеркалом. Он хотел связать себя и мастурбировать, наблюдая себя связанным, но обнаружил, что это не так приятно, как обычно. С некоторыми колебаниями г-н Г. признался, что фантазирует во время мастурбации, будто бы он вожак банды гангстеров, врывающейся в ночной клуб, разбивающей лампы и мебель, стаканы и тарелки, пока вся танцплощадка не становится покрытой осколками стекла. Затем его банда под

угрозой оружия заставляет все пары раздеться и танцевать на разбитом стекле, и он эякулирует с большим удовольствием.

Г-н Г. снова погрузился в молчание. Пациент выглядел сильно расстроенным, и я спросил его, о чем он думает. Он ответил, что ему очень стыдно за то, что он только что мне рассказал. Он думает, что мое молчание показывает мое отвращение к нему; ему самому отвратительна его фантазия. Я говорю, что он приписывает мне собственное самоосуждение и что в суровости его самообвинений я ощущаю отношение его матери, которая не только запрещала сыну мастурбировать, когда тот был ребенком, но и постоянно напоминала ему о своем отвращении ко всему сексуальному. Г-н Г. повторяет, что ему больше не нравится привязывать себя, чтобы получать удовольствие от наблюдения за своей мастурбацией перед зеркалом, и он переживает ощущение свободы и сильного возбуждения, фантазируя о власти и контроле над обнаженными парами на танцплощадке ночного клуба.

Я говорю, что эта фантазия, кажется, отличается от его обычной мастурбационной фантазии о том, как сильный мужчина с мощными мускулами держит его в руках, в то время как он гладит пенис этого мужчины и одновременно свой собственный. Теперь, продолжаю я, он, кажется, возбужден тем, что власть остается у него, возбужден фантазией, что он властно вторгается в сексуальные контакты между парами мужчин и женщин. Г-н Г. тут же добавляет, что у него также была фантазия по поводу всех этих пар, танцующих босиком на полу, покрытом осколками стекла; фантазия, что их боль будет мешать сексуальному возбуждению, и никто из мужчин не сможет сохранить эрекцию. Мужчины будут стыдиться этой неудачи и унижения, и, танцуя друг с другом, пары будут стыдиться, что держат друг друга в руках. После краткого молчания он добавил, что не боится сейчас, что я буду осуждать его или испытывать к нему отвращение. Он сообщил, что часто чувствовал беспокойство и возмущение, когда сталкивался с открытым проявлением сексуальной близости между мужчиной и женщиной. Затем пациент переходит к паре, известной ему и его жене; на предыдущих сеансах он упоминал, как восхищался мужем и насколько сексуально привлекательным находил его. Теперь он добавляет, что естественное и лишенное страха отношение этого его друга к своей жене часто заставляло его самого чувствовать себя неловко, незащищенно, беспокойно в отношениях с собственной женой. Еще небольшое молчание, и на этом сеанс закончился.

Следующий день начинается с молчания и рассказа г-на Г. о своей работе за верстаком. Его монотонный голос образует яркий контраст с оживлением, с которым он говорил в конце предыдущего сеанса. Через несколько минут я спрашиваю, не боится ли он снова, что я осуждаю его из-за монотонного повторения или развития стандартной темы обычных для него пустых или пропавших даром сеансов. После короткого молчания г-н Г. говорит, что чувствует привычную фантазию, будто находится в руках сильного, мужественного мужчины. Он говорит, что сейчас думает о моей сексуальной непривлекательности: я маленький, лысый, полностью асексуальный. Но, добавляет он, такой же асексуальный, как и он сам. Но ему кажется, что он сексуально реагировал бы на сильного, мускулистого мужчину.

Пациент возвращается к работе в своей мастерской, а затем переходит к проблемам на службе. У него есть отчетливое ощущение, что двое его подчиненных были очень дружелюбны с ним, в то время как он воспринимал их поведение как насмешку. Чтобы гарантировать уважение с их стороны, он чувствует, что должен поддерживать с ними дистанцию. В конце концов он придет и покажет им, кто здесь начальник.

Я говорю, что эти монотонные описания столярной работы представляют собой его усилия отстраниться от меня. Я напоминаю ему о его чувстве возбуждения и облегчения, когда он поделился со мной своими сексуальными фантазиями в конце прошлого сеанса. Я высказываю предположение: он боится, что открытость в отношениях со мной означает потенциальное сексуальное подчинение мне. Поэтому он должен держать дистанцию и убеждать себя, что для него сексуально привлекательным может быть только физически сильный мужчина, совершенно не похожий на меня. Фантазируя, будто находится под защитой теплого и сильного мужчины, он защищает себя от сексуального соблазнения мной и от страха попасть под мой контроль — контроль садистской авторитетной фигуры.

Г-н Г. остается в молчании, его напряжение заметно возрастает. Через некоторое время я добавляю: он, видимо, считает, что я держу с ним дистанцию, поскольку подозреваю, что его поведение является вызывающим, так же как он выдерживает дистанцию со своими подчиненными. Я также спрашиваю, не боится ли он опять, что я могу презирать его за его рассказы о сексуальных фантазиях.

Г-н Г. говорит, что чувствовал стыд после предыдущего сеанса, как маленький мальчик, который говорит о своих фантазиях быть суперменом, большим гангстером. Он знает, что это смешно. Болезненная правда заключается в том, что он завидует парам, которые могут наслаждаться сексом. После долгого молчания он говорит, что ненавидит своего начальника, надутого, самодовольного идиота. Он приводит подробности о совещании на работе, на котором он однажды выступил против своего начальника и доказал ему, что тот не прав.

После еще одной паузы он опять переходит к верстаку, инструментам и механизму для встраивания секретного отделения в книжный шкаф. Он говорит, какое удовольствие доставляет ему контроль над своим маленьким мирком в подвале. Даже дети уже понимают, что они не должны туда заходить. Он молчит в течение нескольких минут; затем говорит, что утаивал от меня некоторые ассоциации, возникшие у него после рассказа о своей мастурбационной фантазии в ночном клубе. То, что он держал танцующие пары под прицелом, напомнило ему о сне, который был у него несколько недель назад. Сон о том, как он был начальником нацистского концентрационного лагеря, а я — одним из заключенных, пытавшихся убежать, и он был готов застрелить меня.

Также накануне ночью у него был сон о занятии сексом с большим мужчиной, держащим его, в то время как он гладил большой пенис мужчины. Когда он взглянул мужчине в лицо, оно превратилось в лицо его начальника. Во сне он очень боялся, что его могут поймать как гомосексуалиста и уволить с работы, или он будет вынужден навсегда подчиниться своему начальнику, так как теперь начальник посвящен в тайну его гомосексуальности.

Я говорю, что он, наверно, боялся сообщать мне ассоциацию к своей фантазии о ночном клубе, поскольку она представляет его непосредственно выраженное желание контролировать меня, держа на мушке, и садистски принуждать меня к подчинению. Фантазия была превращением переживания во сне, в котором он являлся жертвой шантажа со стороны начальника, обнаружившего его гомосексуальность. Я говорю, что он сам должен установить контроль надо мной, держа на мушке и ощущая угрозу, что я сам сделаю это с ним. Видимо, он чувствует сильную тревогу, добавляю я, так как уже неясно, смогут ли гомосексуальные отношения с сильным мужчиной защитить его от подобных основанных на наси-

лии взаимодействий с мужским авторитетом. Быть сексуально соблазненным означает попасть в ловушку к властному авторитету.

Г-н Г. отвечает, что у него внезапно возникли головная боль и сердцебиение — чувство сдавления в груди и затрудненное дыхание. Я прошу его продолжать говорить то, что приходит ему в голову; и он вспоминает фильм, в котором садист-убийца пытает полицейского, которого он захватил, когда тот попробовал освободить женщину, пойманную убийцей. Затем у пациента возникает фантазия избиения им беспомощного старика, лежащего на земле. Он замолкает и выглядит очень напряженным.

Я говорю, что он испуган, что может быть разрушен, если попытается противостоять авторитету властного мужчины, что он идентифицируется с полицейскими из фильма, который, стараясь освободить женщину, подвергается пыткам со стороны садиста-убийцы. Как в фантазии о ночном клубе, так и в воспоминании о фильме, он пытается сам стать властным мужчиной, нарушающим власть других мужчин над женщиной, но не осмеливается испытывать каких-либо желаний напрямую к женщине. Он может это делать только косвенно, на расстоянии, как мужчина, танцующий с женщиной, и как полицейский, пытающийся освободить женщину-жертву. Он боится своей собственной фантазии об избиении старика, фантазии, представляющей собой разрушение опасного мужского авторитета.

Г-н Г. вспоминает инциденты, которые он уже прежде вспоминал по другим причинам. Он вспоминает, как, когда ему было пять лет, отец разозлился на него за непослушание и запер в машине, а он разбил окно машины игрушечной лопаткой. Он вспоминает, что однажды его палец защемило дверью машины, когда отец захлопывал дверь, и у него была фантазия, что отец сделал это нарочно, чтобы отрезать ему пальцы. Он также вспоминает своей страх перед драками с мальчишками в школе, поскольку мать предупредила его: если он сломает палец, то не сможет играть на скрипке.

Г-н Г. говорит, что хочет закончить сеанс, и спрашивает, может ли он уйти пораньше. У него не было времени сказать мне, добавляет мой пациент, что он по собственной инициативе начал заниматься сексом с женой во время последнего уик-энда и наслаждался этим, садистски фантазируя о помехах для других пар, занимающихся сексом. Это было интенсивно приятное переживание, хотя, конечно, жена не знала о характере его фантазий. Он

добавляет, что чувствует сильную тревогу. На этом сеанс закончился.

На следующий день г-н Г. выглядит напряженным. Он говорит, что чувствовал сильную тревогу после предыдущего сеанса и в течение всего вечера, хотя и не знал, чего боится.

Он молчит в течение нескольких минут, проявляя признаки сильного напряжения. Он говорит, что думает о начальнике и описывает совещание сотрудников, проведенное начальником вчера днем. Он был на пределе, когда пришел туда, и начал чувствовать себя еще хуже, когда во время совещания начальник стал навязывать всем свои взгляды на бизнес. Г-н Г. подробно критикует диктаторские приемы, с помощью которых начальник делает это, говоря неискренне, так что это выглядит полностью искусственным и никого не убеждает. Ясно, что в глубине души он садистски наслаждается, демонстрируя свою власть над собравшимися подчиненными. Его начальник, продолжает г-н Г, человек противоречивого характера, и г-н Г. испытывал слабость и неуверенность, скрывающиеся за его высокомерной и контролирующей манерой на совещании. Г-н Г. уверен, что его начальник — слабый, ненадежный, противный и импульсивный человек в своей частной жизни.

Г-н Г. упомянул на одном из предыдущих сеансов, что ему не нравится жена начальника, но ему любопытно, как она живет со своим мужем. Теперь он снова описывает ее в деталях как шумную, вульгарную, доминантную женщину, эксплуатирующую высокое положение своего мужа, чтобы чувствовать собственную значимость. Не удивительно, что начальник ведет себя так доминантно и по-садистски в офисе: дома он должен быть кротким и послушным жене, хотя и глубоко обижен на нее. Его злоба и отвращение начинают возрастать. В конце концов начальник восклицает, что не знает, злится ли он на нее или просто боится. Его собственная жена, добавляет г-н Г. задумчиво, гораздо приятнее. Но он никогда бы не смог вынести женщину вроде жены начальника. Возможно, способность начальника жениться на такой очевидно тираничной жене требует силы. Возможно, он недооценивает силу своего начальника.

Я напомнил ему о сне, который он рассказал мне днем раньше — о занятии сексом с мужчиной с большим пенисом, мужчиной, который оказался его начальником. Я напомнил ему, что он почувствовал тревогу, когда рассказал о своем страхе: поймав его

на гомосексуальном акте, начальник использует это для контроля над ним и шантажа для подчинения. Я добавил, что мне кажется: он стал даже более тревожным после моих замечаний об этом его сне, особенно после моего предположения, что он испытывает тревогу, потому что не может больше решить, способны ли гомосексуальные отношения с сильным мужчиной защитить его, или, наоборот, поставят его в крайне опасное положение перед лицом авторитетного мужчины.

Г-н Г. сообщает, что воспоминание об этом сне вызывает у него отвращение, образ большого пениса, пениса его начальника. Он боится, что не сможет контролировать свою злобу по отношению к начальнику, может вспылить и напасть на него публично, а это будет угрожать его будущему на фирме. Но он не знает, злится ли он еще на своего начальника или испытывает отвращение к себе самому за то, что испытывает, даже во сне, сексуальные мысли об этом человеке. Он повторяет, какое отвращение он испытывает сейчас, вспоминая образ пениса, который был для него сексуально привлекателен во сне.

Г-н Г. внезапно становится потрясенным и расстроенным. Жестикулируя так, как будто он внезапно что-то вспомнил, он говорит, что подумал, что я приравниваю себя и начальника в своей интерпретации сна. Мое причисление себя к той же самой категории авторитетного мужчины пугает его. Он никогда так не боялся меня. Он действительно почувствовал, что я говорю авторитарным тоном, тоном, который вызывает у него ассоциацию с тоном начальника, и после окончания предыдущего сеанса у него мелькнула мысль, что я могу использовать знание о его гомосексуальности ему во вред. Но он тут же уверил себя, что я никогда не сделаю этого, и он может быть полностью уверен во мне. Но, возвращаясь к этому опять, действительно ли я настолько хорош? Прошлой ночью, собираясь спать, он почувствовал сильную тревогу и не мог заснуть; он чувствовал, что не контролирует ситуацию и действительно зависит от меня. Мог бы я помочь ему избавиться от этой тревоги? Действительно ли он может доверять мне?

Я прервал его долгую паузу, спросив, о чем он думает. Он говорит, что думает о том, что я никогда не казался ему привлекательным как мужчина. Теперь, однако, он видит меня как бы находящимся в странном альянсе с его начальником, и хотя он сознает, что это абсурд, но не чувствует себя в безопасности. Он также чувствует: то, что я сказал на предыдущем сеансе, было

направлено на то, чтобы лишить его чувства безопасности, его фантазии о том, что он лежит на руках сильного мужчины, который укачивает его. Это был главный ингредиент его сексуального возбуждения от сильного мужчины; если он не сможет положиться на это, он будет полностью беззащитен.

Г-н Г. повторил: он боится, что его начальник — потенциально жестокий человек, и если он спровоцирует его, то потеряет свою работу и должен будет покинуть город. Это будет означать окончание его анализа и катастрофу для семьи. Я буду полностью бессилен; я не смогу защитить его или вообще что-либо для него сделать. Его тревога, которая, казалось, несколько снизилась в предшествующие минуты, снова возросла.

Мне показалось, он, кажется, колеблется между двумя равно пугающими альтернативами: или я заодно с его начальником, так же опасен и силен и буду садистски использовать мое знание о его гомосексуальности и нанесу ему вред тем или иным способом, или, напротив, я так же слаб и бессилен, каким и он ощущает себя в данный момент.

Г-н Г. затем сказал, что предыдущей ночью он думал, будто я хороший человек, но очень слабый, и вся проблема — в конфликте у него на работе, с его могущественным начальником, и я не могу помочь ему в данной ситуации. И он чувствовал тревогу, правда, когда воспринимал меня как союзника своего начальника. Действительно, в какой-то момент он почти спутал мои манеры с манерами начальника, и это по-настоящему испугало его. А теперь он боится, что я могу неверно понять все, что он говорит, и истолковать это как нападение на меня, поскольку я похож на его начальника, а он в действительности совсем не хочет на меня нападать.

После недолгого молчания г-н Г. сказал, что его жена ничего не знает об этом. Было бы так хорошо, если бы он мог довериться ей и рассказать о своих проблемах, но он не осмеливается говорить с ней, поскольку это будет ужасным шоком для нее. Больше всего пугает, когда вы не знаете, что думает другой человек: он вспоминает вспышки ярости своего отца и начальника. Если знать, что происходит, это не так страшно. Он добавляет, что часто с тревогой смотрел на лицо начальника с чувством отвращения и страха. Возможно, начальник чувствовал себя неуютно в те моменты, когда г-н Г. смотрел на него так пристально. На этом сеанс закончился.

Эти сеансы инициировали серию садистских фантазий, в которых я был подвержен контролю и пыткам. Фантазии вторжения в мои сексуальные отношения с женой переросли в более явные выражения переживаний, связанных с первичной сценой. На четвертый год анализа боязнь триумфа над соперниками на работе была связана со страхом его собственных садистских импульсов. Трансферентные сопротивления, которые в основном исчезли во второй половине третьего года анализа, появились вновь. Пациент снова стал демонстрировать "пассивное сопротивление", отказываясь от свободных ассоциаций или от выслушивания интерпретаций. Постепенная проработка этих сопротивлений привела к возникновению многочисленных воспоминаний и фантазий о попытках собственного отца заставить его подчиниться работе, которую он ненавидел, а также сильных сознательных чувств ярости и открытого ликования, поскольку он избежал отцовского контроля. Его гомосексуальные фантазии были теперь полностью направлены на то, чтобы контролировать и подчинять себе других мужчин. В то же время улучшилась его сексуальная жизнь, и он впервые смог вести себя более агрессивно во время полового акта с женой при отсутствии садистских фантазий. Его боязнь женщин, связанная с тем, что они представляли собой сексуально желаемую мать, и страх разрушительной мести со стороны отца стали последним важным предметом анализа. Это привело к существенному пересмотру пациентом не только своего отношения к половым отношениям с женой, но также и к женщинам в целом, а также к морали. Эти изменения в свою очередь привели к постепенному принятию большей внутренней сексуальной свободы.

Во время последнего полугодия анализа его гомосексуальные фантазии исчезли почти полностью, а сексуальный интерес и способность получать удовлетворение с женой достигли нормального уровня. Впервые пациент начал хорошо функционировать на работе и действительно получать от нее удовольствие. Его длительная проекция материнских запретительных установок на жену по отношению к любым проявлениям сексуальности исчезла.

Обсуждение

Я выбрал пограничного и невротического пациентов, чтобы проиллюстрировать различные варианты, которыми бессознательные внутрипсихические конфликты могут разыгрываться вовне. У г-жи

Ф. происходило постепенное развитие конфликта между садистским, грандиозным, примитивным "Я" и фрагментированным, вначале недоступным, нормальным, зависимым "Я" на фоне почти полного разрушения ее способности к объектным отношениям, которые не являлись бы эксплуататорскими или деструктивными. У г-на Г. активация межсистемных конфликтов (борьба между ограничивающим, запрещающим Супер-Эго и вытесненными производными сексуального и орально-зависимого влечений) постепенно возникала в контексте специфических интернализованных объектных отношений, реактивировавшихся в переносе.

Оба случая иллюстрируют постепенные прояснение, конфронтацию и интерпретацию доминирующих паттернов переноса, и значение этих паттернов для прояснения внутренней структуры болезни, изменения этих паттернов и зависимости как симптоматических, так и поведенческих изменений, происходящих в результате смены этих паттернов переноса. Клинический материал показывает также, сколько времени может потребоваться для постановки диагноза того, какие переносы преобладают, как это влияет на динамику и, что более важно, как внутрипсихическое изменение может быть вначале зафиксировано в качестве части психотерапевтического процесса в отношениях пациента с аналитиком. Кроме того, эти случаи иллюстрируют важность оценки серьезности патологии в каждой конкретной ситуации, вместо того чтобы полагаться на стандартный список симптомов. Они также предполагают возможность операционализации для каждого отдельного случая нескольких преобладающих паттернов взаимодействия в переносе, а также их отношения к появлению структурных изменений и возможность проверки развития инсайта в точках перехода между этими преобладающими паттернами переноса.

С моей точки зрения, структурное изменение, специфическое для психоаналитического лечения вначале возникает в переносе, и его соотношение с инсайтом может быть оценено путем фокусирования на взаимосвязи между интроспекцией и изменениями в поведении. Оба случая иллюстрируют взаимоотношения между повторением прошлых интернализованных объектных отношений в переносе и способностью к установлению новых типов отношений с аналитиком и другими людьми, окружающими пациента в реальной жизни. Пациенты с тяжелой психопатологией страдают не просто от недостатка хороших объектных отношений, но и от бессознательных, конфликтных, навязчивых прошлых объектных

отношений, которые им необходимо понять посредством их контролируемой активации в переносе и от которых они станут способны отказаться, приобретя их когнитивное и эмоциональное понимание в процессе их реактивации в переносе.

Эти соображения указывают также на иллюзорный характер "динамических формулировок" на начальных стадиях психоанализа или долгосрочной психотерапии с пациентами, имеющими серьезные проблемы характера. Такие начальные гипотезы обычно связывают нынешнюю психопатологию с предполагаемыми бессознательными внутрипсихическими конфликтами, а те, в свою очередь, с их предполагаемыми предшественниками — патогенными инфантильными конфликтами с родительскими объектами. Материал иллюстрирует, однако, проблему, возникающую с такими начальными динамическими гипотезами. Поскольку для полного развития важных паттернов переноса не только требуется время, но и (в случаях тяжелой психопатологии) нынешние внутренние отношения преобладающих паттернов переноса должны быть прояснены до того, как можно будет построить осмысленную связь каждого из этих паттернов с прошлым. Только на продвинутых стадиях лечения могут быть полностью прояснены важные бессознательные патогенные объектные отношения прошлого. Как я уже говорил в предыдущих главах, чем более тяжелый и регрессивный характер имеет психопатология пациента, тем более косвенными и сложными являются связи между нынешней структурой личности, историей развития и действительным развитием в прошлом.

Интерпретация поведенческих паттернов, отыгрываемых в переносе, должна постепенно приводить к повышению интереса, возникающего у пациента по поводу ригидных, повторяющихся, обязательных аспектов своего поведения и к возникновению нового понимания переключений трансферентных паттернов в контексте совместного с аналитиком исследования их взаимодействий на сеансах. Знание пациента о самом себе возникает в контексте систематического исследования трансферентных парадигм, и в какой-то момент новое понимание должно вести к изменениям в принудительном характере повторений определенного паттерна, к явному нарушению ригидности паттерна и к возникновению нового, неожиданного поведения, за которым последует дальнейшее изучение бессознательного смысла этого нового поведения и выход из прежде принудительной последовательности поведения. Инсайт и переключение переноса являются, таким образом, тес-

но взаимосвязанными, и перенесение пациентом знания, полученного им в этом контексте, на свое поведение за пределами сеансов будет важным дополнительным подтверждением того, что происходят структурные изменения.

Но чем эти изменения поведения, возникающие вначале на сеансах, а затем во внешней жизни пациента, отличаются от поведенчески обусловленных изменений при поддерживающей психотерапии или даже в техниках модификации поведения? Кроме того, новые когнитивные формулировки, которыми терапевт делится с пациентом, имеют место при многих видах лечения, помимо психоаналитически ориентированного. С моей точки зрения, специфическим аспектом соотношения между интерпретацией и структурным изменением является появление новой информации, спонтанно продуцируемой пациентом в контексте исследования переноса, информации, которая указывает на новое понимание им как нынешнего поведения, так и его связи с другим опытом, как настоящим, так и прошлым. Пациент переживает перемену самосознания и своих внутренних отношений с окружающими и бывает удивлен характером своих переживаний — неожиданным для него и для его аналитика. Эта новая, неожиданная информация иллюстрируется сном первой пациентки, в котором она и директор дома престарелых травя газом обитателей этого дома, и мастурбационной фантазией второго пациента о банде, врывающейся в ночной клуб.

Непредсказуемость, спонтанность возникновения новой информации, расширение понимания как предварительное условие перемен в переносе и распространение данного изменения и понимания на другие области поведения пациента характеризует то, что дифференцирует инсайты, возникающие вследствие интерпретаций, от других, когнитивно спровоцированных изменений в понимании пациента, а также от следования пациента прямым инструкциям терапевта для поведенческих изменений. Реконструкция важных моментов прошлого пациента может стать важным следствием спонтанного и непредсказуемого приобретения и расширения пациентом новых знаний о самом себе посредством интроспекции. Но в начальный период лечения это бывает в основном справедливо для пациентов с невротической структурой личности, а не для пациентов с тяжелой патологией характера.

В конце концов, все важнейшие инсайты должны выразиться в интересе пациента к его нынешним конфликтам, в мотивации к

изменениям и в дальнейшем самоисследовании. Наоборот, чисто интеллектуальные спекуляции, когда пациент играет роль своего аналитика (при нарциссических структурах), или послушное подчинение теориям аналитика, или перенос, характеризующийся сильной идентификацией с определенными концепциями терапевта, не соответствуют описанным мной критериям (исследование смысла характерных последовательностей поведения в переносе, последующая смена последовательности поведения, появление нового знания, основанного на этой смене, расширение перемен в поведении, иное понимание и перенесение этого понимания в другие области жизни пациента). Наслаждение примитивными фантазиями и относящимися к первичным процессам ассоциациями или диффузными, интенсивными аффектами, диссоциированными от какой бы то ни было озабоченности пациента своей жизнью, также не соответствуют этим критериям.

Валлерштейн (личное сообщение) при обсуждении ранних версий этой главы подчеркивал особое значение "отчленения" критериев результата для достигнутых структурных изменений от процессуальных критериев способа достижения этих изменений. Только тогда мы будем способны оценить, являются ли они действительно специфическими изменениями, вносимыми психоанализом и психоаналитической психотерапией, имеющими количественные или качественные отличия от изменений, которые вносятся другими процедурами. Это процессуальные критерии, в том смысле, что они оценивают структурные изменения по преобладающим паттернам переноса. Я считаю, что изменения, наблюдаемые в терапевтическом процессе, должны привести к структурным изменениям в результате и предполагают следующие критерии результата.

У пациентов с невротической организацией личности структурные изменения должны стать заметными в расширении Я-концепции, во включении в переживание себя прежде диссоциированных или вытесненных инстинктивных импульсов, в повышенной толерантности к прежде отвергаемым в себе и в других людях эмоциональным переживаниям, в расширении осознания прежде автоматических паттернов характера и снижении ригидности этих паттернов. У пациентов с пограничной организацией личности структурные изменения должны проявиться в интеграции Я-концепции и представлений о значимых других, соответствующей интеграции ранее диссоциированных или отщепленных аффективных состояний (так что аффективный опыт и экспрессия обогащаются и модули-

руются), в повышении способности и эмпатии к самому себе и другим людям и к установлению личных и глубоких отношений с окружающими.

В настоящее время существуют две точки зрения на то, к чему приводит раскрытие интрапсихического конфликта: к реконструкции бессознательного прошлого пациента или к структурной реорганизации того бессознательного восприятия прошлого, с которым пациент приходит на лечение. Что происходит — внедряемое аналитиком превращение одного мифа о прошлом пациента в другой или, наоборот, спонтанная организация и реорганизация информации, относящейся к прошлому пациента, которая возникает в моменты существенного нарушения ригидных паттернов переноса в контексте интерпретаций и инсайта? Это должно послужить предметом экспериментального исследования как часть исследовательских усилий, пытающихся соединить оценку процесса с исследованием результата. Стабильность изменений можно исследовать, сравнивая стабильность изменений, обеспечиваемых поддерживающими методами, и стабильность, возникающую благодаря спонтанным превращениям в переносе.

Другим следствием моих мыслей относительно структурных изменений является то, что оценка процесса изменений в идеале должна исходить из индивидуализированных оценок процесса и только во вторую очередь из оценки изменений в таких относительно неспецифичных "структурных переменных", как "функции Эго", "объектные отношения" и неспецифические аспекты силы Эго (толерантность тревоги, контроль импульсов и т.д.). Главной проблемой функций и структур Эго является их тенденция к взаимной корреляции в такой степени, что они склонны к слиянию в один большой фактор "силы Эго" (Kernberg et al., 1972); а сила Эго, в свою очередь, тесно связана с тяжестью симптомов. Весьма вероятно, что тяжесть симптомов и патологии характера влияет на функции Эго в такой степени, что симптоматическое улучшение и поведенческие изменения могут неспецифически отражаться также и в улучшении функционирования Эго. Эта проблема заслуживает особого исследования в психоаналитической психотерапии. Она указывает на необходимость связывания исследований результата и исследований процесса.

И, наоборот, обращение внимания на процесс, на важные изменения в переносе, нередко способствует более специфическому определению структурных изменений и может ответить на такие

конкретные вопросы, как: является ли то, что переживает пациент, “трансферентным излечением” (т.е. является ли изменение симптомов и поведения следствием удовлетворения переноса) или структурным изменением? Является ли структурное изменение, достигнутое посредством психоанализа, более прочным, чем полученное иным путем? Это также подлежит проверке в данном контексте.

Я думаю, данные соображения указывают на некоторую существенную эволюцию психотерапевтических исследований, посвященных структурным изменениям. Я ссылаюсь на исследования Люборского и Горовитца. Люборский (Luborsky, 1977) создал метод, названный “методом темы — ключевых — конфликтных отношений” (the core — conflictual — relationship — theme method, CCRT), который осуществляет посредством контенст-анализа сравнительную оценку интеграций пациента со значимыми для него людьми на первых сеансах и на последующих сеансах лечения. Люборский демонстрирует, что пациенты, у которых происходит улучшение, по сравнению с теми, у кого улучшения не происходит, демонстрируют наличие некоего овладения этими темами. Хотя это только первая, пусть и волнующая попытка описать понятие структурных изменений в терминах изменений в преобладающих паттернах переноса, она приобретает дополнительное значение в свете наблюдений Люборского: в каждом психотерапевтическом лечении активируется только несколько преобладающих отношений, которые отражают ключевые конфликтные темы пациента, так что оценка структуры личности и изменений личности в терминах развития переноса может быть не такой трудной, как кажется.

Горовитц (Horowitz, 1979), описывая существенные изменения (при краткосрочной психотерапии) в терминах сдвига специфической для пациента последовательности аффективных и когнитивных состояний, подразумевающих активацию Я- и объект-репрезентаций и общих ролей и конфликтов между ними, связывает — я полагаю, впервые — сложную современную модель объектных отношений с экспериментальным анализом интрапсихических изменений. Хотя приложение этой методологии к исследованиям долгосрочной психотерапии по-прежнему вызывает большие трудности, исследование Горовитца в дополнение к его методологическим изысканиям является, с концептуальной и клинической точки зрения, шагом в верном направлении.

Я убежден в важности дифференциации специфического типа изменений, вызываемых или подталкиваемых психоанализом и психоаналитической психотерапией, от длительных изменений, к которым приводят другие технические подходы. Валлерштейн (Wallerstein, 1986) убедительно указал на тот факт, что не все изменения, возникающие в психоаналитическом лечении, связаны с инсайтом и разрешением конфликта. Хотя структурное изменение может возникнуть именно в данном контексте, другие изменения возникают также как часть поддерживающих элементов, которыми может характеризоваться лечение и которые являются непременной чертой многих экспрессивных и поддерживающих терапий. Структурные изменения, как кажется, достигаются многими способами, посредством многих механизмов. Структурные изменения, специфичные для психоанализа и психотерапии, необходимо оценивать с помощью процессуальных исследований, которые бы сосредоточивали свое внимание на развитии переноса.

9. РЕГРЕССИЯ В ПЕРЕНОСЕ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА РАБОТЫ С ИНФАНТИЛЬНЫМИ ЛИЧНОСТЯМИ

Категория пациентов, описываемых нами в настоящей главе, относится к спектру пограничной организации личности, которую можно лечить с помощью психоанализа, хотя при этом на пути терапевтического успеха и возникают определенные технические проблемы. Эрнст Тихо (Ticho, 1966) однажды дал определение попытке лечить нарциссических личностей как “героической”. Я добавлю к данной категории инфантильных личностей. Еще двадцать лет назад эти пациенты обычно рассматривались как истерические. Иссер и Лессер (Easser and Lesser, 1965), Зетцель (Zetzel, 1968) и я (Kernberg, 1975) рассматривали их как регрессивные формы истерической личности и относили к инфантильным, сценическим, истероидным или типу 3 и 4 по Зетцель. Я говорил о дифференциальном диагнозе этих личностей в 4-й главе; здесь я только суммирую их наиболее важные характеристики, перед тем как исследовать некоторые специфические происходящие с ними в ходе психоаналитического лечения изменения.

Пациентам с инфантильной личностью свойственны три характеристики, которые преобладают у всех пограничных пациентов: диффузная идентичность, примитивные защитные механизмы и хорошая проверка реальности. Диффузная идентичность снижает их способность к эмпатии с окружающими и способность к реалистической оценке и предсказанию собственного поведения и поведения других людей. Вследствие этого их объектные отношения являются высоко конфликтными, хотя они могут быть и достаточно глубокими в смысле продолжительности, но хаотическими и сцепленными отношениями со значимыми другими. Такая способность к глубокому вовлечению в отношения с другими, даже если она и является высоко невротической по характеру, отличает их от других пациентов с пограничной организацией личности, таких как нарциссические, шизоидные и параноидные личности.

Поскольку у этих пациентов преобладают защитные операции, основанные на расщеплении, им свойственно меньшее количество механизмов вытеснения, присущих истинно истерическим личностям. Таким образом, сексуальная заторможенность последних может быть замещена стабильно полиморфными, перверсными инфантильными наклонностями даже у тех пациентов, у которых нет явной сексуальной перверсии. Процессы расщепления являются основой противоречивого, непоследовательного, хаотического межличностного поведения подобных пациентов.

Инфантильные личности демонстрируют эмоциональную лабильность и сценические качества, характерные для истерических пациентов, во всех своих объектных отношениях, а не только в специфически связанных с сексуальными взаимоотношениями. Они также демонстрируют экстровертированное, эксгибиционистское поведение истерических личностей, за исключением того обстоятельства, что их поведение носит детский, прилипчивый, а не эротический характер. Инфантильные пациенты производят впечатление, что эротическая соблазнительность для них является средством удовлетворения потребностей в близости и зависимости, а не сексуальной потребности.

С психодинамической точки зрения, инфантильные пациенты проявляют типичный сгусток эдиповых и преэдиповых конфликтов, характерных для пограничной организации личности, но с акцентуацией поздних и продвинутых типов эдиповых конфликтов, что ставит их ближе к истерической личности, чем всех других пограничных пациентов.

Можно даже описать переход от истинно истерической до истинно инфантильной личности как континуум, что имплицитно присутствует в классификации Зетцель (Zetzel, 1968), выделившей четыре типа этого синдрома (см. гл. 4). С точки зрения моего недавнего опыта, большинство подобных пациентов можно лечить психоанализом, таким образом, они образуют, наряду с нарциссическими личностями, важное исключение из правила, утверждающего, что психоанализ не подходит пациентам с пограничной организацией личности. Чтобы психоанализ был показан для инфантильной личности, однако, необходимо, чтобы у пациента была хотя бы какая-нибудь мотивация к лечению, некоторая способность к эмоциональной интроспекции и инсайту, контролю импульсов, толерантности к тревоге и сублиматорному функционированию (неспецифические аспекты силы Эго). Эти требования

исключают из рассмотрения возможности психоанализа типичных пациентов 4-го типа по Зетцель, с неспецифическими проявлениями слабости Эго, практическими неконтролируемыми действиями вовне и ограниченной способностью к реалистическому самонаблюдению.

Некоторые из терапевтических неудач в исследовательском проекте по психотерапии фонда Меннингера (Kernberg et al., 1972) относились к пациентам данного типа. Интересно, могло ли бы что-то из сделанных с тех пор открытий относительно психоаналитического лечения пограничных случаев объяснить эти неудачи? Поэтому я уделю значительное внимание недавним и более удачным случаям психоаналитического лечения пациентов, которых можно охарактеризовать как занимающих промежуточную зону между истерическими личностями и наиболее регрессировавшими инфантильными пациентами. Ниже я представлю наиболее важные аспекты двух таких случаев для иллюстрации их технического ведения.

Г-жа Н.

Г-жа Н., тридцати с небольшим лет, была квалифицированным специалистом в промышленной исследовательской лаборатории. Она легла в больницу из-за тяжелой и острой депрессии, быстро облегченной антидепрессивными препаратами. Впоследствии она начала лечение, поскольку была недовольна своей полнотой и отношениями с мужчинами. Она злоупотребляла лекарствами, и у нее были фобические реакции при вождении автомобиля по эстакадам и мостам. Она не была непривлекательной, но одевалась так, что это подчеркивало ее умеренную полноту. Г-жа Н. объяснила, что ее интересуют только те мужчины, которые ей недоступны. Тем не менее, она интересовалась людьми, и у нее были близкие друзья.

После сильных колебаний она призналась в том, что считала своим наиболее серьезным симптомом: она сознательно фальсифицировала результаты лабораторных исследований, а затем проделывала определенные эксперименты, которые бы демонстрировали ошибочность ложных данных, представленных ею ранее. Ее реальные служебные достижения сильно замедлились, поскольку она усердно работала, иногда задерживаясь до позднего вечера,

чтобы ликвидировать результаты собственных фальсификаций. Тщательная оценка функционирования ее Супер-Эго в других сферах антисоциальных наклонностей обнаружила только краткий период воровства в магазинах в раннем подростковом возрасте; во всем прочем она была полностью честна.

Г-жа Н. давала противоречивые, даже хаотические описания своих близких друзей, родственников или самой себя. У нее проявлялась диффузная идентичность, преобладание примитивных защитных операций, хаос в интимных сексуальных отношениях и множество невротических симптомов — типичная пограничная организация личности. Я поставил ей диагноз инфантильной личности с мазохистскими чертами, но ее способность к глубоким объектным отношениям и отсутствие антисоциальных черт, кроме специфического симптома на работе и неспецифических проявлений слабости Эго, делали попытку психоаналитического лечения по-видимому, обоснованной.

Г-жа Н. сталкивалась с чрезвычайными трудностями в обрисовке реалистического образа своих родителей и двух сестер. Она описывала отца как дистантного и недоступного, холодного и отстраненного, хотя и теплого и внимательного к ней, в действительности почти явно соблазняющего. В ходе лечения пациентка вспомнила собственное сексуально соблазняющее поведение с отцом. Очень скоро после начала анализа стало понятно, что она не знала, он ли вел себя по отношению к ней соблазняюще или она по отношению к нему.

Мне почти совсем не удалось представить облик ее матери, которая в течение нескольких лет анализа присутствовала чисто мифически. Наоборот, образ значительно более старшей тети, выполнявшей функции материнской фигуры, с самого начала приобрел большое значение. Г-жа Н. выражала ностальгию по детским отношениям с теплой, понимающей и сердечной родственницей.

В переносе были длительные периоды, когда она выдавала эдипов материал, страхи и желания быть соблазненной мною, которые постепенно превращались в желание соблазнить меня как отцовскую фигуру, а также параллельное раскрытие глубокой, диссоциированной бессознательной вины за эту соблазнительность, выражавшуюся в самопораженческих паттернах ее отношений с другими мужчинами. Можно сказать, что ее эдиповы конфликты проявлялись не в динамическом равновесии, включающем

в себя бессознательные, вытесненные позитивные эдиповы желания и чувства вины за них, но в одновременных, взаимно диссоциированных или отщепленных отыгрываниях вовне бессознательной вины за хорошие отношения с мужчинами вне анализа и в явном выражении конфликтов вокруг сексуальной соблазнительности и страха отвержения в самой аналитической ситуации.

После нескольких месяцев возникла новая тема, которая постепенно стала занимать существенное место в переносе. Г-жа Н. упомянула коллегу, которая выполняла работу, близкую к той, что делала в лаборатории сама пациентка, женщину, которую пациентка считала очень привлекательной и в то же время потенциально серьезной профессиональной соперницей. У нее постепенно развились сильные гомосексуальные чувства к ней наряду со страхом, что та пытается похитить ее идеи, чтобы сделать собственную более успешную карьеру.

Страхи г-жи Н. перед этой женщиной производили на меня впечатление параноидных: в действительности ее сотрудница была ужасной ведьмой, наделенной необыкновенной властью, которая была направлена на разрушение пациентки, на развал ее работы; она нарушала электронные цепи и вносила беспорядок различными способами. Как только я попытался прояснить степень, до которой пациентка осознает это как реальность или фантазию, г-жа Н. немедленно стала испытывать подозрения относительно моих отношения и намерений. Она рассматривала возможность того, что я знаю ее коллегу, или подозревала, что та вступила со мной в контакт, чтобы повлиять на меня. Во всяком случае, г-жа Н. чувствовала реальную угрозу, что я могу стать ее врагом, вступив в союз с ее коллегой.

Я рассмотрел возможность того, что образ угрожающей, мстящей эдиповой матери спроецировался на эту женщину и на меня в переносе, но не было возможности связать такое параноидное развитие “здесь-и-теперь” со значимыми аспектами прошлого пациентки. Действительно, в течение длительных периодов анализа, каждый по нескольку недель, было ощущение, что у г-жи Н. нет прошлого, нет личной истории, с которой я мог бы работать в конструктивном или реконструктивном ключе, и что все разыгрывается в ее отношениях с ее сотрудницей и со мной. Были моменты, когда я думал, что пациентка, наверное, психотична. Любые попытки связать то, что происходило в переносе, с прошлым па-

циентки, не только были безуспешны, но и приводили к увеличению путаницы на сеансах. На некоторых из них я чувствовал, что мне как будто угрожает сумасшедшая ведьма, которая пытается превратить все мои усилия по пониманию того, что происходит, в разрушительное перемешивание моих собственных мыслей. К этому очень подходили описанные Бионом (Bion, 1959) деструктивные нападки пациентов на все, что, кажется, связывает один объект с другим, как выражающие "психотическую" часть личности. Аналитическая ситуация стала полностью хаотичной, и я испытывал в своем контрпереносе к г-же Н. (я был околдован...) все то, что она испытывала в своих отношениях к своей сопернице; одновременно мы оба — она и до некоторой степени я — потеряли способность отделять реальность от фантазии.

Я хочу подчеркнуть то пугающее воздействие, которое оказывали на меня быстрые чередования в лечении "сумасшедших периодов", когда, кажется, продолжалась "охота на ведьм", с важнейшим вопросом — кто охотник и кто дичь — и "эдиповыми периодами", когда г-жа Н. вела себя как типичный невротический пациент, успешно ассоциируя при исследовании позитивного эдипова переноса и ее отношений с другими людьми в настоящем и прошлом.

Только после многих месяцев прояснения подобного развития переноса я смог проинтерпретировать г-же Н., что несмотря на реальность поведения ее сотрудницы, г-жа Н. проецировала на нее внутреннюю реальность, состоящую из сумасшедшей женщины-"ведьмы", пытающейся украсть ее мысли, разрушить работу и будущее, сила которой была связана с сильным восхищением пациентки и сексуальным влечением к ней. Та же самая женщина-"ведьма" заставляла ее переделывать собственную творческую работу в лаборатории. Только тогда г-же Н. пришли самые первые воспоминания, в которых она воспринимала свою мать одновременно как интенсивно защищающую и вторгающуюся — контролирующую пациентку, читающую ее мысли. Стало ясно, что г-жа Н. всегда чувствовала себя проникнутой таким образом своей матери. Она чувствовала, что ее тело, ее движения, ее речь, ее намерения не заслуживают доверия, поскольку могут в реальности представлять намерения ее матери.

Тогда идеализированная фигура тети предстала как отщепленный образ идеальной матери — любящей, но не вторгающейся, выдерживающей дистанцию без агрессивного наказывания доче-

ри. Г-жа Н. жила с образом — фантазийным или реальным, — что мать не перенесла бы ее независимости и автономии, когда она была еще ребенком. Боязнь езды по эстакадам и мостам прояснилась теперь как страх, что мать поймает ее и накажет смертью за попытку побега от нее по эстакаде или мосту. Я смог теперь вместе с г-жой Н. анализировать то, как она повторяла свои отношения с матерью в отношениях со мной, воспринимая меня как вторгающуюся мать-ведьму, нападающую на нее как на сеансах, так и на ее рабочем месте, в то время как в другие моменты, не осознавая этого, пациентка идентифицировалась с этой вторгающейся матерью в попытке помешать моей автономной работе, необходимой для того, чтобы она могла больше понимать и независимо думать. Я предположил, что ужасная путаница относительно того, правда ли, что ее соперница создает невыносимую ситуацию на работе, или г-жа Н. просто фантазирует об этом, была частью этого паттерна. Анализ идентификации г-жи Н. с примитивной, переполняющей ее матерью-ведьмой, паразитически захватившей ее Супер-Эго, постепенно привел к исчезновению самопораженческих фальсификаций научных данных.

С этого момента г-жа Н. стала более свободно думать о том, что происходит на работе. И я, и она обнаружили, что в течение нескольких недель ее соперница действительно активно пыталась помешать работе пациентки, и этот факт подтверждался свидетельствами других сотрудников.

На дальнейших стадиях анализа стало понятно, что внутреннее, бессознательное подчинение матери, от которой пациентка не могла себя дифференцировать, представляло отыгрывание вовне эдиповой вины, отщепленной противоположности ее сознательных эдиповых фантазий и желаний в переносе. Г-жа Н. стала теперь заторможенной в выражении своих сексуальных фантазий обо мне и сознательно более боязливой в своих сексуальных отношениях с мужчинами. Анализ вошел в период оценки и проработки эдиповых конфликтов и амбивалентности в отношениях с обоими родителями.

Г-жа Ж.

Г-жа Ж., художница сорока с небольшим лет, обратилась ко мне после нескольких неудач в психоаналитической психотерапии, поскольку слышала, что я интересуюсь живописью. В фантазии я

представлялся ей аналитиком, не принадлежащим к “истеблишменту”. Такая зыбкая рационализация ее решения начать у меня лечение скоро обратилась для нее в источник огромной тревоги, поскольку она начала бояться, что я стану сильно завидовать ее способности к рисованию и это будет угрожать ее лечению у меня. Г-жа Ж. страдала от умеренной тревоги, конфликтов в нынешнем, третьем, браке, межличностных трудностей с другими женщинами, длительных периодов застоя в работе и легких склонностей к самоповреждению. Она кусала и жевала слизистую оболочку рта и кожу вокруг ногтей и компульсивно выдергивала волосы на лобке. Раньше она много пила, но к моменту ее обращения ко мне пациентка контролировала этот симптом.

Г-жа Ж. была единственным ребенком родителей, которые гордились своим аристократическим происхождением, но при этом жили в тяжелых финансовых условиях по непонятным для пациентки причинам. Возмущение матери неспособностью отца разрешить их финансовые проблемы образовывало главную тему детства г-жи Ж. Я очень мало знал о ее матери: пациентка описывала ее как сильную, но не вторгающуюся, “всегда присутствующую”, но находящуюся на дистанции с пациенткой. Поскольку отец г-жи Ж. в юности, как и я, жил в Латинской Америке, у пациентки возникли подробные, связывающие меня с ним фантазии обо мне.

Отец, по ее рассказам, выглядел дружелюбным, но слабым и некомпетентным, и пациентка описывала в деталях, как она пыталась в собственной жизни найти более уверенного и эффективного мужчину, но всегда безуспешно. В конце концов она оказывалась с мужчиной-неудачником, что служило основной причиной ее горечи. Дочь г-жи Ж. от предыдущего брака жила вне дома, учась в колледже, и г-жа Ж. очень по ней скучала. Она полагала, что отсутствие дочери обострило ее проблемы с нынешним мужем, бизнесменом, который не мог сохранить собственный бизнес и теперь работал на прежнего конкурента. Г-жа Ж. преподавала искусство, помимо занятий живописью, что являлось существенным вкладом в общий доход семьи.

Первым моим впечатлением было то, что г-жа Ж. сравнительно свободна от симптомов, в том смысле, что ее самоповреждение, тревога, перепады настроения и трудности в межличностных отношениях не произвели на меня впечатление серьезных. После более продолжительного рассмотрения, однако, я обнаружил чувство пустоты и спутанность, которые заставили меня пересмотреть

первоначальное мнение. Тем не менее пациентка обладала способностью к интроспекции и мотивацией к лечению, что свидетельствовало в пользу возможности психоанализа.

Она ясно и точно описывала реальные события ее прошлого и настоящего, но становилась расплывчатой и даже хаотичной при описании членов семьи и ближайших друзей. Наиболее важные женщины в ее жизни были притягательными, хотя и угрожающими, близкими, хотя и не заслуживающими доверия; мужчины, наоборот, — в особенности три ее мужа — были надежными, но слабыми. Г-жа Ж. считала своей заслугой, что ей удалось сохранить хорошие отношения с бывшими мужьями, но из ее рассказа я не понял, чем один отличался от другого. Г-жа Ж. испытывала трудности, рассказывая о том, как она видит себя: ей нравилось искусство и его преподавание, но ей также хотелось бы узнать, нет ли в ней чего-либо "фальшивого"; ей была неприятна ее склонность увязать во взаимоотношениях, даже если они казались ей фрустрирующими и порождали конфликт.

На основе всех этих элементов я поставил ей диагноз инфантильной личности, функционирующей в рамках пограничной организации, и предложил психоаналитическое лечение.

Ниже я приведу очень сжатый перечень тем, связанных с моими теперешними задачами. Ее сильная боязнь, что я буду завидовать ее таланту художника, а также раннее проявление переноса отражали проекцию на меня зависти ко мне и к моей профессиональной работе. Пациентка чувствовала, что я представляю собой пример преуспевающего мужчины, которым она восхищается и к которому тянется, но которым никогда не будет обладать — напоминание о ее горьком разочаровании в отце и мужьях. Постепенно она стала осознавать, что ей трудно решить, хочет ли она меня как мужчину или хочет быть такой, как я. Позитивные эдиповы стремления и зависть к пенису наряду с бессознательной идентификацией с мужчиной — объектом зависти — стали главным содержанием первоначального переноса. В качестве первого динамического аспекта ее трудностей в браке проявился бессознательный выбор мужчин, которых она считала ограниченными и не допускала мысли о чрезмерной зависти к ним и соперничестве с ними. Позже мы обнаружили, что г-жа Ж. вносила бессознательный вклад в то, что ее муж оставался на подчиненной позиции в бизнесе.

Вторая тема, возникшая очень скоро, отражала взаимоотношения пациентки с другими женщинами. Она активно участвовала в

группе женщин-художниц и близко сотрудничала с несколькими женщинами, имеющими сходные профессиональный опыт и интересы. Она выбирала для совместной работы женщин, которых считала очень агрессивными. Вначале она восхищалась ими и подчинялась им, а затем у нее развивались сильные реакции гнева, и отношения заканчивались ужасными скандалами. Этот паттерн повторялся достаточно часто, чтобы пациентка могла его полностью осознать, а также осознать свою очарованность этими сильными женщинами и свою склонность занимать позицию, в которой они могли бы ее эксплуатировать. Как результат у нее возникало сильное негодование и, как она сама считала, преувеличенно бурные реакции на эту эксплуатацию.

Однако, хотя г-жа Ж. могла диагностировать этот паттерн ретроспективно, она не могла выявить его в ходе его развития. Мой интерес к тому, почему она не может осознать этот паттерн в процессе его развития, вызвал у нее сильную тревогу. Г-жа Ж. стала испуганно понимать, что для нее трудно дифференцировать собственные реакции от реакций ее подруг.

Меня поразило, что любая попытка связать ее растущее осознание патологического паттерна межличностных отношений в настоящем с прошлым оказывается бесплодной. Подобно тому, как это происходило с г-жой Н., все попытки по конструкции или реконструкции заканчивались путаницей или ощущением, что я участвую в стерильном интеллектуальном упражнении. В отличие от г-жи Н., г-жа Ж. остро осознавала путаницу между собственной мотивацией и мотивацией подруг, а также свой страх, что эта путаница помешает ей понять и себя, и свои трудности и помешает также и мне понять ее. Действительно, во время таких запутанных состояний даже ее вербальное общение на сеансах становилось дезорганизованным. В кульминационные моменты некоторых сеансов г-жа Ж. говорила с сильной тревогой, что наиболее важная ее проблема состоит в том, что она в действительности не отличается от других людей, но так глубоко погружена в отношения с ними и находится под таким их влиянием, что не может выделить себя; и она не видит, как бы я мог ей в этом помочь. В конце концов, я сказал ей, что думаю, будто она боится, что я не смогу вынести ее в “неприклеенном” состоянии. Этот комментарий она сочла весьма помогающим. Она почувствовала, что может “погрузиться” в сеансы без ущерба для моей способности к пониманию. Она уже

больше не беспокоилась о том, что может спровоцировать меня на ее насильственное “собирание вместе”, которое ограничит ее свободу и сделает искусственным продуктом моего ума.

Затем последовал большой период, когда пациентка стала хаотична в своих комментариях на сеансах, на которых возникали темы, никогда больше не возникающие. Они включали в себя сексуальное возбуждение г-жи Ж. в результате кусания и жевания слизистой оболочки и кожи пальцев, а также фантазии садистского нападения на свое тело при контроле этого нападения и способности получать эротическое удовольствие от вызываемой боли. В какой-то момент г-жа Ж. сама смогла сформулировать фантазию, как будто она участвует в сексуальной перверсии, в которой играет сразу роли и садиста, и мазохиста, испытывая при этом чувство своей униженности передо мной, так же как и униженность в сексуальных отношениях с самой собой, что очень ее возбуждало.

Другой темой, которая в фрагментированном виде проявлялась в эти периоды, была мысль, что она во многом копирует свою мать — в жестах и одежде, или что ее мать имитирует ее, как будто бы между ними существует телепатическое общение. Я должен подчеркнуть, что мне было крайне трудно сформировать у себя реалистический образ матери в течение длительных периодов анализа г-жи Ж, — проблема, аналогичная той, что была у меня с г-жой Н. Временами г-жа Ж. использовала разговорный стиль своей матери, и это было несколько странно: она также использовала с небольшими модификациями материнские кулинарные рецепты, и это обычно приводило к порче блюда. У меня никогда не было ясности, был ли печальный результат вызван г-жой Ж. или тем, что ее мать сознательно изменила рецепт.

В конце концов стало совершенно ясно, что бессознательная идентификация пациентки со слишком сильной и опасной матерью может быть устранена только посредством внутренней фрагментации, генерализованной операции расщепления, отражавшей фантазию, что не существует опасности для матери взять верх, поскольку нет человека, над которым она берет верх, так что мать просто напрасно потратит время. А проекция защитного чувства фрагментации г-жи Ж. на мать приводила к фрагментации образа матери и служила эффективной защитой от страхов матери. Мы узнали, что страх и озабоченность г-жи Ж., будто я могу исчезнуть в те моменты, когда она чувствовала себя фрагментированной на сеансах, были на самом деле активной попыткой убедить-

ся, что я не буду ей угрожать своим вторжением. Мой комментарий, что она боялась, что я не смогу вынести ее фрагментации, поддержал ее, поскольку означал: я признаю ее фрагментацию и говорю, что не смогу ее преодолеть. Другими словами, то, что я описывал как свою толерантность к ее регрессивному состоянию без преждевременного интерпретативного вмешательства, она переживала как защиту от меня, как будто угрожающая примитивная мать пыталась отгородить ее от меня. В дополнение к этому мое собственное чувство спутанности, фрагментированности мышления на многих сеансах, когда пациентка пребывала в регрессивном состоянии, сейчас стало можно понять как результат проецирования ею на меня “угрожаемого Я”, в то время как бессознательно она отыгрывала то, что считала материнским инвазивным, контролирующим поведением.

Прояснение всех этих тем в переносе привело к дальнейшему прояснению трудностей, испытываемых ею в отношениях с женщинами. Пациентка смогла более реалистично оценить и разрешить искушения вовлеченности в невротические взаимодействия с доминантными женщинами. В то же время стали возможны реконструкции ранних взаимоотношений с матерью, особенно их отношений во время фазы рапрошман (возобновления отношений), предваряющей наиболее важную эдипову заинтересованность отцом.

Только тогда инфантильная версия могущественного и страстно желаемого отца начала проявляться из-под развеянных иллюзий и разочарований слабым и фрустрирующим отцом, представлявшим собой более поздний образ, в котором соединились реалистические аспекты детских переживаний и бессознательные эдиповы чувства вины.

Боязнь завистливых атак со стороны матери могла быть также связана с фантазией пациентки о том, что она становится могущественной матерью и, используя контролирующую силу этой могущественной матери, принимает на себя и роль отца, управляя им “изнутри”, и становится ими обоими — могущественной, примитивной отцом-матерью. Эта фантазия, в свою очередь, еще более прояснила бессознательную потребность пациентки в выборе мужчин, которых она воспринимала как разочаровывающих, но была способна контролировать различными скрытыми способами. Подобное прояснение привело к изменениям в ее отношениях с мужем и в ее способности поддержать его усилия по улучшению деловой ситуации.

Технические соображения

Возможно, одной из наиболее впечатляющих особенностей, которыми обладают поддающиеся анализу инфантильные личности, которых я лечил или супервизировал, является внезапное развитие трансферентной регрессии — краткой или продолжительной, — которая может быть не замечена сразу, поскольку пациент продолжает свободно ассоциировать, а наблюдаемое поведение на кушетке не претерпевает радикальных изменений. Обычно в контрпереносе аналитик впервые замечает произошедшие фундаментальные изменения.

Эти изменения состоят во внезапном, диссоциативном сдвиге к такому типу свободных ассоциаций, который является отыгрыванием примитивных отношений в переносе, при их защитном отделении от предшествовавших отношений и, временами, даже от внешней реальности. Как будто бы пациент, обычно функционирующий на невротическом уровне, начинает внезапно функционировать на типично пограничном уровне, со сдвигом от целостных к частичным объектным отношениям, от стабильного чувства идентичности (которое способствует рассказу о прошлых и нынешних объектных отношениях) к состоянию острой фрагментации, которое искажает или прерывает любое общение по поводу значимых объектных отношений, кроме тех, которые отыгрываются в настоящем с аналитиком.

Тогда аналитик чувствует, что вынужден изменить темп работы, резко сфокусироваться на текущих взаимоотношениях в переносе, будучи вынужден признать, что сигналы к этому исходят преимущественно из контртрансферентных фантазий и аффектов, а не из видимого содержания вербального и невербального поведения пациента. Внезапность такого сдвига очень впечатляет и обладает потенциально дезорганизующим воздействием на аналитика.

В подобные моменты регрессии возникает впечатление, будто канал переноса (см. гл. 7), представляющий субъективный опыт пациента, и канал переноса, представляющий его невербальное поведение — в переносе, затихают, оставляя только “аналитическое пространство”, относительно постоянную, хотя и не озвученную фоновую конфигурацию взаимоотношений между пациентом и аналитиком, которая позволяет отыгрывать как реалистические, так и фантастические объектные отношения. Последние оказыва-

ют непосредственное воздействие на предрасположенность аналитика к тому или иному контрпереносу.

Я обнаружил, что если аналитик теперь попытается продолжить обычный для него тип работы с содержанием свободных ассоциаций пациента, возникнут все увеличивающиеся периоды путаницы. Существует реальная опасность искусственной организации коммуникаций пациента в интеллектуальном ключе, которую пациент бессознательно интерпретирует как вторжение, подчиняющее его. Действительно, само отсутствие драматического отыгрывания вовне, отсутствие коммуникаций, проходящих через невербальный канал действия, ведет к возникновению у аналитика обманчивого впечатления, что он может сосредоточить свое внимание на содержании вербальных коммуникаций пациента. Такое допущение приводит к преждевременным попыткам интерпретаций, в то время как главная тема, проигрываемая в молчаливом пространстве между пациентом и аналитиком, проходит незамеченной.

Клинические характеристики этих состояний регрессии хотя и незаметны, однако оказывают драматическое воздействие на контрперенос аналитика. Пациент может продолжить свободно ассоциировать в форме аффективно заряженных повествований о том, что происходит в его нынешней жизни, или может говорить о прошлом; здесь могут быть ссылки на аналитика, однако без возможности прояснения более глубоких последствий этих чувств для переноса. Наоборот, иногда пациент кажется необычно “здоровым” и “разумным”, а центральное место в чувствах аналитика в течение дней и недель может занимать тема, суть которой состоит в том, что невозможно исследовать то, что говорит пациент или что во всем этом материале нет глубины. Кроме того, опыт научит аналитика, что любые попытки проникновения на более глубокие уровни при использовании ранее полученного знания о бессознательных процессах пациента приведут к странной путанице, которая только повредит усилиям аналитика, направленным на понимание того, что происходит. Темы, которые в конце концов возникают, обычно представляют собой озабоченность пациента, что его хотят подчинить, что его мозги перемешиваются, что аналитик “пропадает” (как следствие проективной идентификации); так что пациент чувствует угрозу быть брошенным.

Только постепенно подспудные примитивные частичные объектные отношения становятся более ясными в контексте быстрой

смены отыгрываемых Я- и объект-репрезентаций. В психоаналитической психотерапии пограничных пациентов аналитик должен быть готов иметь дело только с бессознательными проявлениями доминирующих объектных отношений “здесь-и-теперь”, откладывая на потом любую попытку связать бессознательное “здесь-и-теперь” с его генетическими предшественниками; поэтому аналитик, как это ни парадоксально, лучше подготовлен к работе с такой тяжелой регрессией. Наоборот, при аналитическом лечении инфантильной личности эти регрессии маскируются тем, что пациент внешне остается в рамках аналитического процесса, который показал себя раньше как продуктивный и помогающий, запутывая таким образом — временно или постоянно — аналитика. Массивные действия вовне стимулируют к аналитическому исследованию примитивных интернализованных объектных отношений на специфической арене, независимо от того, происходят ли эти действия с аналитиком или с другими людьми. В тех обстоятельствах, которые я описываю (характерных для пациентов, взятых на анализ, именно потому, что действия вовне у них не столь значительны, чтобы мешать анализу), кажущаяся преемственность аналитического процесса маскирует его подспудную прерывистость.

Часто во время безмолвных регрессий, типичных для этих пациентов, аналитик может чувствовать, что он лечит не настоящий аналитический случай, что речь пациента пуста и нет никакой возможности превратить его коммуникацию в полезный материал; и тогда аналитик может просто отстраниться с чувством беспомощности. Под покровом этой беспомощности аналитик может бессознательно идентифицироваться с проецируемым регрессивным “Я” пациента. У меня была возможность для изучения случаев, когда аналитик прерывал лечение из-за возникновения длительных периодов подобного рода. С другой стороны, аналитик, у которого существует сильная убежденность в специфическом генетическом происхождении таких состояний регрессии, может испытывать искушение интерпретировать вербальное содержание в свете своих генетических гипотез, а пациент — представлять материал, соответствующий таким интерпретациям, одновременно бессознательно отыгрывая фантазию, что он попался и что только дальнейшая фрагментация может его защитить.

В действительности главной причиной, по которой возникают эти частые, внезапные регрессии в переносе у инфантильных пациентов, может быть сознательное или бессознательное

знание, что аналитик понимает их самих и их чувство, что любое эмоциональное понимание эквивалентно опасному вторжению, подчинению или даже сексуальному проникновению, против которого находится готовая защита в виде отыгрывания трансферентной регрессии.

Главная моя мысль состоит в том, что наиболее подходящий подход к таким периодам — *не интерпретировать* специфическое вербальное содержание в это время и постепенно подготавливать интерпретацию доминирующих объектных отношений, отыгрываемых в переносе, во вневременном ключе — не пытаясь связать происходящее со специфическим периодом в прошлом пациента.

Анализ того, что происходит бессознательно "здесь-и-теперь", при толерантности к тому, что этот материал не связывается с текущей внешней реальностью пациента и с обусловливающими его факторами прошлого, по моему опыту, является наилучшим путем для получения значимой информации, которая в конце концов позволит связать бессознательное прошлое с бессознательным настоящим и другими аспектами внешней реальности пациента.

Описанный мной тип регрессии требует, можно сказать, другого типа слушания со стороны аналитика, или скорее сознавания им того, что каналы коммуникации пациента радикально переключились с вербального и невербального на более скрытый и неосязаемый канал аналитического пространства, на канал имплицитных, но постоянных отношений между аналитиком и пациентом. Коммуникация в этом пространстве доходит до аналитика в первую очередь через контрперенос. Существует, конечно, опасность, что проблемы контрпереноса в узком смысле — исходящие из предрасположенности самого аналитика к тому или иному переносу — могут привести к периоду неудач в понимании. Аналитик должен вначале перенести такой период, а затем посмотреть, не возник ли он в результате активации его собственных конфликтов или из-за внезапного и радикального сдвига в характере исходящих от пациента коммуникаций.

Я должен подчеркнуть, как много времени у меня ушло на осознание того, что происходит в каждом из двух представленных случаев; это также справедливо и по отношению к другим пациентам данного типа, которых я лечил. Эти трудности также проявляются при супервизии, когда супервизируемый сообщает о длительных периодах видимой пробуксовки в анализе пациента или о длительных периодах непонимания, когда для супервизора возникает

дополнительная трудность в том, чтобы приступить к исследованию контртрансферентных проблем без вторжения в приватность супервизируемого. Тем не менее общая дистанцированность супервизора от материала является в данном случае полезной.

Один из аспектов реконструктивной работы интерпретации, возникающей из опыта с инфантильными пациентами, заключен в том, что реконструкции, включающие регрессивные переносы, можно делать только относительно поздно, после завершения аналитической работы с бессознательным смыслом происходящего "здесь-и-теперь", которая выполнялась во вневременном ключе в течение длительного периода времени. Такая конструктивная работа требует, чтобы обработка различных тем, относящихся к области невротических переносов, оставалась незавершенной, прерванной, повисшей в воздухе. Если аналитик способен выносить такую непоследовательность, такие прерывающиеся подступы к прошлому, то в конце концов возникают новые паттерны, поражающие его логичными, почти неизбежными связями между двумя наборами сведений, исходящими из периодов "пограничной" регрессии и периодов более продвинутого или "невротического" функционирования. Только в этом случае у меня появлялась возможность делать связывающие генетические интерпретации.

Тот факт, что в приведенных мной двух примерах доминирующими объектными отношениями, отыгрываемыми в глубокой, хотя и внешне безмолвной регрессии, были бессознательные отношения с аспектом преэдиповой матери, указывает на преобладающую этиологию таких регрессивных состояний, но это не означает, что аналитику следует ожидать или предвосхищать именно данную линию интерпретаций. Есть случаи (например, случай г-жи Ж.), когда происходит регрессия к сгущенной отцовско-материнской фигуре. Нереальность таких регрессий требует значительно большей разработки происходящего "здесь-и-теперь", до того как от них можно будет перейти к более реалистическим аспектам родительских образов.

Важно, чтобы аналитическая работа по обычным, интепретативным линиям продолжала выполняться в те периоды, когда пациент функционирует на невротическом уровне. В эти периоды пациенты с инфантильной личностью более явно проявляют свои трансферентные отношения, которые в отличие от частичных объектных отношений имеют целостную природу. Трансферентные отношения можно с большей легкостью связать с другими объект-

ными отношениями во внешней реальности пациента и его прошлом, и поэтому они поддаются конструктивным и реконструктивным попыткам. Важно, чтобы аналитик мог переносить несвязанность аналитической работы в "невротические" периоды и в периоды глубокой, хотя и незаметной трансферентной регрессии.

Тяжелую трансферентную регрессию, которую я описываю, можно спутать с хроническим сопротивлением трансферентной регрессии, столь типичной для нарциссических личностей. Действительно, защитная отстраненность аналитика, чувства нетерпения и скуки, которые в контрпереносе нередко сигнализируют об активации регрессивного переноса у инфантильных личностей, могут быть спутаны со сходными реакциями на нарциссическое сопротивление переносу. Принципиальное отличие состоит в том, что интенсивная, прилипчивая зависимость пациента от аналитика продолжается у инфантильных личностей и в регрессивные периоды, в отличие от чувства дистанции и недостаточной эмоциональной вовлеченности в отношения с аналитиком при нарциссическом переносе.

Природа путаницы, возникающей у пациента, когда аналитик пытается углубить понимание пациентом представляемого им в эти периоды тяжелой регрессии в переносе материала, поднимает другой вопрос. Не сталкивается ли пациент с потерей или размыванием границ Эго, так что он уже не уверен, какие мысли принадлежат ему, а какие — аналитику? И не аналогичная ли путаница нарушает также и мышление аналитика? Или, по моему мнению, не является ли эта путаница следствием интенсивной активации у пациента — а, возможно, и у аналитика — проективной идентификации, так что посредством быстрого чередования проективных и интроективных механизмов происходит обмен реципрокными ролями между пациентом и аналитиком, обмен, который может привести к путанице, кто есть кто, никогда не допуская настоящего слияния между ними? Ситуация, будучи явно противоположной подлинному слиянию в переносе, которое можно наблюдать при психоаналитической работе с психотическими пациентами (гл. 12), почти всегда напоминает второй случай.

Как я уже указывал в одной из предыдущих работ (1975), потерю способности к проверке реальности в переносе, возникающую вслед за активацией проективной идентификации, следует отличать от подлинных переживаний слияния. Последние типичны для психотических, особенно шизофренических пациентов при анали-

тических типах лечения. Пограничные пациенты, находящиеся в глубоко регрессивном переносе, сохраняют способность дифференцировать себя от терапевта, даже если временно и кажется, что они “обменялись с ним своими личностями”.

Бион (Bion, 1957b) описывает “психотические личности” и как психотические аспекты клинически непсихотических пациентов, и как характеристики шизофренических пациентов в психоаналитическом лечении. Эти психотические личности или аспекты личности демонстрируют преобладание крайне деструктивных импульсов, ненависти к реальности, выражаемых как разрушение способности пациента к осознанию реальности, проективную идентификацию и патологическое расщепление проецируемого материала на отдельные фрагменты, образующие “странные объекты”.

Хотя я и считаю, что Бион недооценивал различия между настоящим психотическим переносом и тяжелой регрессией при пограничной или другой патологии характера, акцент, который он делал на преобладании проективной идентификации и других примитивных защит как на проявлении агрессивных атак на сам аппарат восприятия, соответствует характеристикам трансферентных регрессий, иллюстрации которых я привожу. Но тяжесть этих черт варьирует от случая к случаю. Агрессивные атаки на восприятие реальности, в частности, могут быть довольно ограниченными. Я думаю, что Бион, сводя вместе шизофрению и патологию характера, недооценивал важные различия в их специфических трансферентных регрессиях и, что даже более важно, в их техническом ведении.

Анализ доминирующих во время тяжелой регрессии объектных отношений продвигается очень медленно. Бессознательные фантазии, возникающие в эти периоды, можно прояснить посредством вневременных, “здесь-и-теперь” интерпретаций, которые я уже описывал. Обычно такие регрессивные трансферентные взаимоотношения проявляются при быстром обмене ролями между “Я” и объектом — при быстром переключении между моментами, во время которых пациент идентифицируется с собственным “Я” и проецирует свою объект-репрезентацию на аналитика, и другими моментами, во время которых пациент идентифицируется со своей объект-репрезентацией и проецирует Я-репрезентацию на аналитика. Оба клинических случая иллюстрируют это быстрое переключение. Напротив, в периоды “невротического” переноса такие переключения происходят медленнее и не так часто.

Колебания г-жи Н. между идентификацией с “ведьмой” и проекцией образа ведьмы на меня иллюстрирует этот процесс. Г-жа Ж. вместе со мной попеременно отыгрывали обе стороны инвазивной натуры могущественной, всеобъемлющей матери в отношениях с защитно фрагментированным ребенком. Это быстрое чередование частичных объектных отношений типично для пограничной организации личности. В ходе анализа таких частичных объектных отношений в переносе можно постепенно интегрировать взаимно отщепленные частичные объектные отношения и таким образом привести к интеграции “Я” и к интеграции репрезентаций значимых других, и вместе с этим к константности “Я” и константности объекта. Консолидация константности объекта, в свою очередь, имеет тенденцию подкреплять и далее прояснять природу как преэдиповых, так и эдиповых конфликтов. Оба случая иллюстрируют также, как первоначальный анализ эдипова материала может быть углублен в дальнейшем, после проработки трансферентной регрессии.

С теоретической точки зрения, кажется, что нет ничего необычного в защитной регрессии в переносе от эдипова к преэдипову периоду развития. Интересно, однако, что регрессия в этих случаях является структурной, отражающейся в активации в переносе синдрома размывания идентичности. В этих случаях, как это обычно происходит в психоаналитической психотерапии неанализабельных пограничных пациентов, развитие переноса колеблется резко и быстро между продвинутым, или “невротическим”, и регрессивным, или “пограничным” переносами.

Опасности, с которыми встречается аналитик при лечении пациентов, у которых происходят такие радикальные, драматические сдвиги в способах их коммуникации, состоят в следующем: во-первых, оставаясь исключительно на невротическом уровне регрессии при обычном развитии переноса, которое объединяет этих пациентов с обычными аналитическими случаями, можно потерять связь с более глубокими и примитивными уровнями развития. Как следствие, лечение может зайти в тупик, поскольку не будут меняться основные структуры характера, и эти пациенты могут снова и снова удивлять странными, иногда насильственными действиями вовне и недостаточной интеграцией в своей внешней жизни, которые, кажется, подрывают всю выполненную аналитиком работу. В этих условиях аналитик может прийти к заключению, что имеет дело с пациентом с базовой слабостью Эго, без настоящего

понимания, с очень ранними дефицитами, которые невозможно восполнить, и т.д.

Во-вторых, если аналитик остается на уровне тяжелой регрессии в переносе, без того, чтобы быть достаточно гибким и возвращаться к анализу обычных невротических конфликтов, существует опасность потери контакта со здоровыми аспектами функционирования пациента, опасность либо сохранения знаний о примитивном функционировании пациента в подвешенном состоянии, не связанном с более здоровыми уровнями функционирования пациента, либо "индоктринации" пациента интерпретациями на примитивном уровне, которые минуют более здоровые уровни функционирования и мешают пациенту в интеграции примитивного с более развитым, более фантастического с более реалистическим уровнем его психики. Некоторые бесконечные анализы, в которых пациент кажется почти искусственно регрессировавшим из-за постоянного примитивного уровня речи и вмешательств аналитика (поэтому он остается странно нереалистичным в своем повседневном функционировании), могут иллюстрировать опасность потери полной интеграции конфликтов пациента как части психоаналитической техники. В некоторых случаях развивается хроническая психотическая трансферентная регрессия, которая распространяется и на обычную жизнь пациента.

Я считаю, что предлагаемый мной технический подход может расширить область показаний к психоаналитическому лечению тяжелых расстройств личности.

Часть IV
ТЕХНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ТЯЖЕЛОЙ РЕГРЕССИИ

10. ПРОЕКЦИЯ И ПРОЕКТИВНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ: РАЗВИТИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Термин *проективная идентификация,* первоначально описанный Мелани Кляйн (Klein, 1946, 1955) и развитый Розенфельдом (Rosenfeld, 1965) и Бионом (Bion, 1968), как и другие психоаналитические понятия, стал расплываться, поскольку его по-разному определяли разные авторы. С моей точки зрения, проблемы с существующим определением возникли, по крайней мере частично, потому что исследовались различные категории пациентов — например, шизофреники (Ogden, 1979) или пограничные пациенты — и из-за неспособности дифференцировать защитные операции, общие структурные характеристики пациента и контрперенос.

Я считаю, что этот феномен (как я определил его в 1975 г.) крайне полезен клинически, особенно когда он рассматривается наряду с механизмом проекции. Проективная идентификация — это примитивный защитный механизм. Субъект проецирует невыносимое интрапсихическое переживание на объект, сохраняет эмпатию (в смысле эмоционального сознавания) с тем, что проецируется, пытается контролировать объект в постоянных попытках защититься от невыносимого переживания и бессознательно, в реальном взаимодействии с объектом заставляет объект переживать то, что на него проецируется.

Проекция как таковая — это более зрелая форма защиты, состоящая, во-первых, из вытеснения невыносимого переживания, проецирования его затем на объект и, наконец, отделения и дистанцирования себя от объекта, чтобы укрепить защитные усилия.

Проекция обычно наблюдается в защитном репертуаре пациентов с невротической организацией личности. В ситуации лечения истерическая пациентка, испытывающая страх, что аналитик проявит к ней сексуальный интерес, не осознает собственные сексуальные импульсы или возможность того, что передает эти импульсы невербальными средствами, так что ее "страх" сексуального интереса со стороны терапевта, возникающий в сущности в неэротической атмосфере, иллюстрирует механизм проекции. Пациенты с пограничной организацией личности могут использовать как проекцию, так и проективную идентификацию, но последняя явно доминирует в защитном репертуаре и ситуации переноса. Пациенты с психотической организацией личности (для которых характерна, в первую очередь, потеря проверки реальности) обычно используют проективную идентификацию как преобладающую защиту. Психотические пациенты, проецирующие, например, гомосексуальные импульсы, которые они не осознают при некоторых разновидностях бреда преследования, или пациенты, не осознающие собственные эротические желания и вызывающие эротические чувства у аналитика, встречаются гораздо реже, чем это раньше предполагалось в литературе. Коротко говоря, хотя пациент может применять как проекцию, так и проективную идентификацию, проекция типична для более высокого уровня функционирования, тогда как проективная идентификация типична для пограничной и психотической организации личности.

Одним важным вопросом, который путает карты при попытке определить проективную идентификацию, является та степень, в которой это представляет собой именно "психотический" механизм. Если иметь в виду *психотическое* как синоним *примитивного*, что, с моей точки зрения, необоснованно, то проективная идентификация не является обязательно психотической. Только если интернализованные и внешние объектные отношения осуществляются в условиях размытости Я- и объект-репрезентаций и недостаточной дифференцированности между собой и другими, такие объектные отношения могут быть обоснованно названы психотическими.

Ранее (гл. 2) я описывал, как пациенты с психотическими объектными отношениями используют проективную идентификацию в отчаянной попытке предотвратить свое сползание к внутренней путанице по поводу дифференциации себя и объекта. В таких обстоятельствах проективная идентификация позволяет локализовать агрессию вне себя. Напротив, человек с пограничной пато-

логией использует проективную идентификацию для поддержания расщепления между полностью хорошим и полностью плохим состояниями Эго. Проективная идентификация, таким образом, необязательно основана на недостаточной дифференциации между Я- и объект-репрезентациями (хотя может возникать в таких условиях) и необязательно вызывает потерю дифференциации между Я- и объект-репрезентациями, хотя временно ослабляет проверку реальности у пограничных пациентов.

Моя концепция проективной идентификации подкрепляется собственными клиническими наблюдениями результатов интерпретации этого защитного механизма пациенту. Психотический пациент станет временно более спутан, и его проверка реальности будет ослаблена; пограничный пациент отреагирует улучшением проверки реальности, пусть даже временным.

Проективная идентификация, таким образом, это примитивная защитная операция, но она не обязательно связана с психозом. Она преобладает при психозах, где сопровождается потерей проверки реальности и, со структурной точки зрения, потерей границ между Я- и объект-репрезентациями. При пограничной организации личности проективная идентификация сопровождается сохранением проверки реальности, структурно подкрепляемой дифференциацией Я- и объект-репрезентаций, и позволяет использовать определенные терапевтические техники, чтобы работать с ней интерпретативно, что в результате приводит к улучшению проверки реальности и усилению Эго пациента. Проективная идентификация играет относительно маловажную роль при неврозах (кроме случаев, когда пациент временно переживает тяжелую регрессию) и в большинстве случаев замещается проекцией.

Взгляд с точки зрения развития

Я предполагаю, что линия развития защит ведет от проективной идентификации, основанной на структуре Эго, которая образуется благодаря расщеплению (примитивной диссоциации) как главной присущей этой структуре защите, к проекции, основанной на структуре Эго, образованной вытеснением как базовой защитой. В целом я считаю возможным проследить линии развития и для других типов защитных операций. Например, мы можем наблюдать линию развития примитивной идеализации, при которой происходит расщепление между идеализированными и преследующими объектами, к идеализации, типичной для нарциссической личнос-

ти (при которой идеализация себя, эго-синтонная или проецируемая, является другим полюсом обесценивания), к идеализации, типичной для невротической организации личности, отражающей реактивные образования против вины, и, наконец, к нормальной идеализации как части экстернализации интегрированных аспектов Эго-идеала. (Нормальная идеализация, например, играет важную роль, когда человек влюбляется.) Аналогичным образом, отрицание, как его определяет Якобсон (Jacobson, 1957a), основанное на примитивной диссоциации противоположных состояний Эго, может рассматриваться как примитивная форма возражения (negation) более прогрессивного механизма, основанного на вытеснении и являющегося обычной невротической защитной операцией. В другой области защит примитивная интроекция (когда субъект не способен дифференцировать Я- и объект-репрезентации) может рассматриваться в качестве предшественницы проекций, которые возникают в связи с идентификационными характеристиками более развитых стадий развития Эго и Супер-Эго. Коротко говоря, преобладание расщепления или вытеснения в качестве главного средтсва защиты определяет, доминирует ли проективная идентификация или проекция.

Если проективная идентификация подразумевает, что у субъекта есть способность к дифференциации "Я" от "не-Я", то можно предположить, что субъект уже достиг определенного уровня развития до того, как проективная идентификацмя стала действовать. Я считаю, что должны выполняться два условия. Поскольку проективная идентификация подразумевает фантазию — а для того чтобы фантазировать, мы должны допустить возможность замены одного элемента другим и манипуляции в направлении желаемой цели, — то должна присутствовать способность к символизации. А поскольку желание состоит в том, чтобы переложить на другого нечто нежелательное для самого субъекта, то должна существовать способность к осознанию не только разницы между собой и другим, но и к осознанию того, что человек чувствует, — его субъективного состояния. Только если мы можем осознать определенное субъективное переживание как нежелательное по сравнению с другими субъективными состояниями, имеет смысл избавиться от него. Такие способности, видимо, возникают к тому моменту, когда ребенок достигает пятнадцати месяцев (Stern, 1985).

По причинам, которые я подробно изложу ниже (см. также гл. 1), я считаю, что ядерные психические репрезентации "Я" и объекта образуются, когда младенец стимулируется сильными удо-

вольствием или болью, а не тогда, когда он находится просто в спокойном бодрствующем состоянии.

Результаты научения во время пиковых аффективных состояний отличаются от результатов научения во время состояний спокойного бодрствования. В последних у младенца нет желания раствориться или отделить себя от другого; следовательно, темы границ не возникает. Но переживания во время пиковых аффективных состояний провоцируют как слияние, так и дифференциацию. Если это состояние сильного удовольствия, в данном случае младенец хочет слиться с тем, кто доставляет ему это удовольствие. Если это аффективное состояние сильного неудовольствия или боли, тогда желание младенца избавиться от боли провоцирует дифференциацию. Проективная идентификация является главным защитным механизмом обращения с невыносимой психической болью во время пиковых негативных аффективных состояний, когда самоощущение и символизация уже не действуют.

Проекция, в отличие от этого, требует достижения более высокого уровня развития, при котором четкая дифференциация между репрезентациями “Я” и объекта и между “Я” и внешними объектами сопровождается чувством непрерывности переживания себя в условиях противоположных эмоций. Это подразумевает способность выносить амбивалентность и переживать чувство непрерывности — “категориальное Я” философов. Самоощущение и самосознание теперь покрывают не только меняющийся со временем субъективный опыт, но и субъективное “Я” как нечто стабильное, по сравнению с которым оценивается любое субъективное состояние.

Проекцию можно рассматривать как “более здоровый”, более адаптивный исход проективной идентификации, по крайней мере на ранних стадиях интеграции Я-концепции и консолидации барьеров вытеснения. Но, в конце концов, проекция имеет дезадаптивные последствия, поскольку в результате происходит искажение внешней реальности.

Технический подход

Как я писал выше (гл. 7), у аналитика есть два канала информации — вербальный и невербальный — относительно субъективных ощущений пациента. Третий канал образуется эмоциональной

атмосферой аналитической ситуации, в основном передаваемой контрпереносом аналитика. Аналитик при обычном развитии переноса переживает временные конкордантные и комплементарные идентификации с пациентом (см. гл. 6). Хотя все пациенты выражают информацию невербальными средствами, но чем глубже патология пациента, тем сильнее преобладание невербального поведения. Проективная идентификация вступает в действие в качестве невербальных аспектов коммуникации пациента и диагностируется через активацию у самого аналитика мощных аффективных состояний, отражающих то, что проецирует пациент, и его внимание к межличностным последствиям поведения пациента.

Когда преобладает вербальная коммуникация субъективных переживаний, то проективная идентификация менее очевидна, труднее обнаруживается, поскольку ее проявления незаметны, но с ней легче работать с помощью интерпретаций, если аналитик сохраняет свою внутреннюю свободу фантазировать о пациенте и не страдает от чрезмерных контртрансферентных реакций.

Пациенты с тяжелой патологией характера, которые пытаются бессознательно избежать невыносимой интрапсихической реальности с помощью проективной идентификации, направленной на аналитика, облегчают аналитику возможность обнаружения данного феномена, хотя и затрудняют его интерпретацию, поскольку для них на первом месте стоит ужас перед тем, что проецируется.

Приводимые ниже клинические виньетки иллюстрируют активацию проекции и проективной идентификации и их техническое ведение. Эти виньетки также показывают различные способы действия данных механизмов у невротических, нарциссических и пограничных пациентов.

Клинические иллюстрации

Г-жа К., двадцати с небольшим лет, начала психоанализ, страдая от истерического расстройства личности, постоянного отсутствия оргазма при половых отношениях с мужем и романтической привязанности в фантазиях к недоступным мужчинам. Через несколько месяцев после начала лечения она высказала фантазию, что я очень чувственный, “распутный” и, видимо, пытаюсь вызвать у нее сексуальные чувства к себе, чтобы получить от нее сексуальное удовлетворение. Она сказала, что слы-

шала, что я выходец из Латинской Америки и писал об эротических любовных отношениях. Более того, она думала, что у меня есть особые соблазняющие намерения по отношению к женщинам, работающим рядом с кабинетом, где я ее принимал. Она считала, что все это делает ее страхи оправданными. Она думала, что я особым образом глядел на нее, когда она входила в мой кабинет и, возможно, пытался угадать очертания ее тела под одеждой, когда она лежала на кушетке.

Г-жа К. вначале не хотела говорить об этих страхах, но моя интерпретация, будто она боится, что я отвергну ее, если она открыто выразит свои фантазии обо мне, привела к постепенному раскрытию этого материала. В действительности ее поведение не было соблазнительным, наоборот, в нем было что-то заторможенное, ригидное, почти асексуальное, и в ее невербальных коммуникациях содержалось очень мало эротики. Мои собственные эмоциональные реакции на нее и фантазии о ней были слабо выражены и не содержали никакого сознательного эротического элемента; я пришел к выводу, что пациентка приписывает мне свои собственные вытесненные сексуальные фантазии и желания. Другими словами, этот типичный пример невротического переноса иллюстрирует действие проекции без активации материала контрпереноса (см. гл. 7).

Год спустя г-жа К. существенно изменилась. Ее страх перед моим сексуальным интересом к ней привел к выражению отвращения по поводу сексуального интереса пожилых мужчин к молодым женщинам и к воспоминанию об отце как об отвратительном, распутном, пожилом мужчине, а затем к открытию, что ее романтические привязанности и фантазии были направлены на мужчин, которых она считала недоступными, и что она боялась сексуального возбуждения с таким прежде недоступным, но теперь потенциально доступным мужчиной. Ее понимание, что сексуальное возбуждение ассоциируется у нее с запретными сексуальными отношениями, постепенно привело к осознанию своих защит против сексуального возбуждения в отношениях со мной. Ее вытеснение и проекция сексуальных чувств в переносе уменьшились, и появились прямые эдиповы фантазии обо мне.

Однажды г-жа К. вполне прямо высказала свою фантазию о романе со мной, включающем совместное тайное путешествие в Париж. Я почувствовал, что сексуально реагирую на пациентку, включая фантазию, что я, в свою очередь, мог бы получить удо-

вольствие от сексуальных отношений с ней, особенно потому, что это означало бы нарушение всех общепринятых барьеров. Я, таким образом, сделал бы ей подарок: наиболее полное возможное признание ее особости и привлекательности. Другими словами, моя реакция была комплементарна ее желанию — это была реакция соблазняющего эдипова отца. Здесь уже не действовала ни проекция, ни проективная идентификация: сексуальные импульсы пациентки были эго-синтонны, она не предпринимала попыток контролировать меня, чтобы защитить себя от собственных сексуальных импульсов, и в ответ я мог сохранить эмпатию к ее центральному субъективному переживанию. И было уже не удивительно, что немного позже г-жа К. разозлилась на то, что я не ответил на ее сексуальные чувства, и почувствовала, что я дразню и унижаю ее. Это привело нас к исследованию ее злости на своего дразняще-соблазняющего и отвергающего отца.

В этой невротической структуре личности преобладание коммуникации интрапсихического опыта вербальными средствами привело к активации комплементарной идентификации в трансферентных отношениях, относительно свободных от более примитивных защитных операций, в частности, проективной идентификации. Вытеснение и проекция были доминирующими защитами, в дополнение к другим типичным невротическим защитам, таким как интеллектуализация, реактивные образования и возражение.

Г-жа Л., около тридцати лет, незамужняя, в отличие от г-жи К., страдала от нарциссического расстройства личности с явно пограничным функционированием. У нее наблюдались периодические глубокие депрессивные эпизоды и суицидальные импульсы, которые уже привели к нескольким госпитализациям. Только что выписавшись из больницы, где я работал с ней стационарно, она продолжила психоаналитическую терапию со мной три раза в неделю. Г-жа Л. была внешне привлекательной, хотя персонал больницы считал ее холодной, надменной и дистантной. Она колебалась между периодами, когда грандиозно и обесценивающе отвергала всех, кто пытался ей помочь, и периодами переживания чувства ничтожности и глубокого отчаяния.

У нее была длинная история хаотических отношений с мужчинами. Она увлекалась мужчинами, которыми восхищалась и которых считала недоступными, но ко всякому мужчине, проявляющему к ней интерес, она относилась с презрением. Она считала себя “свободной духом”, без каких-либо сексуальных ограничений; от-

кровенно выражала свои сексуальные желания и потребности и поддерживала одновременные отношения с несколькими мужчинами.

Ее доминантная, контролирующая и назойливая мать, происходившая из бедной семьи, использовала свою очень привлекательную дочь с самого раннего ее детства как источник удовлетворения для себя и (как это казалось пациентке) не интересовалась ее внутренней жизнью, кроме тех случаев, когда это могло отразиться на ней как матери. Отец был преуспевающим бизнесменом, которого пациентка описывала как очень привлекательного и сексуально неразборчивого. Он скоропостижно умер от болезни, когда г-жа Л. была подростком. Из-за своих интенсивных занятий бизнесом и многочисленных романов он был практически недоступен для дочери.

Г-жа Л. первоначально попросила меня о лечении, поскольку я был директором больницы. Но как только я стал ее психотерапевтом, ее первоначальное чувство триумфа сменилось сомнениями в том, хочет ли она продолжать лечиться у меня.

Следующий эпизод произошел через несколько недель после ее выписки из больницы. Она должна была возобновить занятия в аспирантуре, но испытывала сильные сомнения, продолжать ли терапию со мной в "маленьком городке", где мы жили; это, говорила она, полностью подрывает ее мотивацию и интересы, поскольку городок ужасен, провинциален, скучен, там ужасный климат. Сан-Франциско и Нью-Йорк — "два единственных города в стране, где можно жить", и поэтому у нее возникает вопрос о непрочности моей профессиональной репутации, что выражается, с ее точки зрения, в том, что я остаюсь в таком маленьком городке.

Она пришла на сеанс, о котором я собираюсь рассказать, элегантно одетая. Она поведала мне о своем бывшем друге, ныне известном адвокате в Сан-Франциско, который приглашает ее жить с ним, и она серьезно обдумывает это приглашение. Г-жа Л. продолжала, рассказывая, как смешон и непривлекателен в постели ее нынешний любовник; она думает, что бросит его. Он мил, но в нем нет тонкости и рафинированности, он сексуально неопытен и бедно одет. Затем она сказала, что мать спрашивала ее после первой встречи со мной, не будет ли для г-жи Л. больше пользы, если она найдет более энергичного и твердого терапевта: я произ-

вел на ее мать впечатление дружелюбного, но скромного и неуверенного в себе человека.

Я спросил, какие у нее есть мысли относительно комментариев ее матери, и она сказала, что ее мать очень нарушенная женщина, но одновременно очень умная и восприимчивая. Затем она извиняясь улыбнулась и сказала, что не хочет задевать мои чувства, но я действительно одет провинциально, и мне недостает спокойной, но твердой уверенности в себе, которую она так любит в мужчинах. Она также сказала, что, хотя я и дружелюбен, мне не хватает интеллектуальной глубины. Она выразила озабоченность, смогу ли я выносить ее искренность со мной. Она говорила в достаточно дружелюбном тоне, и мне потребовалось несколько минут, чтобы уловить нотки снисходительности, которые звучали в этом дружелюбии.

Г-жа Л. заговорила о том, что планирует встретиться со своим другом в Сан-Франциско. Она рассматривала возможность того, что тот прилетит навестить ее здесь, и у нее были некоторые идеи, как сделать его остановку в городе приятным опытом “культурной антропологии” — т.е. опытом исследования культуры маленьких городков.

По мере того, как она говорила, я ощущал бессмысленность своих усилий и уныние. Мне приходили в голову мысли о многих терапевтах, которые прежде были у этой пациентки, и том одинаковом описании, которое они давали мне по поводу ее неспособности вступить в терапевтические отношения. Я думал, что она, видимо, не способна поддерживать терапевтические отношения со мной и что это начало конца ее терапии. Я чувствовал, что сдаюсь, и внезапно у меня возникла мысль, что мне трудно думать точно и глубоко, выражаясь как раз теми словами, которые употребила пациентка. Я также чувствовал себя физически неловко и прекрасно понимал того мужчину, которого г-жа Л. только что уничтожила своими насмешливыми комментариями.

Только в заключительной части сеанса я осознал, что стал еще одним обесцененным мужчиной и что олицетворяю всех мужчин, которых г-жа Л. вначале идеализирует, а затем быстро обесценивает. Я теперь вспомнил ту тревогу, которую она переживала в прошлом из-за того, что я, возможно, не возьму ее в пациентки, ее отчаянное чувство, что я единственный терапевт, способный ей помочь, и те интенсивные подозрения, которые она высказывала на нескольких первых сеансах, что мне просто интересно уз-

нать о ее трудностях, а затем я прогоню ее, поступив как коллекционер редких “экземпляров”. Я решил, что теперь наступило возмездие, заключающееся в обесценивании меня г-жой Л., оборотная сторона ее первоначальных опасений, что я буду доказывать свое превосходство и обесценивать ее. И я также подумал, что мои чувства во многом похожи на ее собственное переживание ничтожности и отчаяния, когда она чувствовала себя глупой, необразованной, неспособной соответствовать ожиданиям блестящего мужчины, которым была увлечена. Я также опознал в ее поведении по отношению ко мне позицию молчаливого превосходства и тонко замаскированного обесценивания, с которым ее мать, согласно описанию пациентки, высмеивала ее за то, каких неподходящих мужчин та выбирала себе.

Сеанс окончился прежде, чем я смог разобраться во всех этих мыслях, и я посчитал, что должен поделиться с пациенткой ощущениями молчания и легкого уныния.

То же самое продолжалось и на следующем сеансе, который включал планы по встрече желаемого мужчины из Сан-Франциско, последние шаги по бросанию нынешнего любовника и новые уничижительные комментарии по поводу “маленького городка”. Теперь я осознал, что во время предыдущего сеанса она даже смогла активизировать во мне некоторую амбивалентность, которую я сам испытывал по поводу этого городка. Только теперь я стал осознавать, что город в переносе также олицетворяет меня, и что и город, и я олицетворяем ее собственный обесцененный образ самой себя, который она проецирует на меня, в то время как сама идентифицируется с надменным превосходством своей матери. Я подумал, что, вероятно, она отыгрывает один аспект своего грандиозного “Я” — идентификацию со своей матерью — в то время как на меня проецирует обесцененные аспекты себя. В то же самое время она подчиняется материнским попыткам подорвать ее шансы увлечься таким мужчиной, который мог бы заботиться о ней. Теперь ко мне вернулось воспоминание о временно забытом фрагменте прошлого сеанса, касающегося страхов, которые она прежде испытывала: будто я помешаю ей уехать уехать из городка из-за моей собственной потребности сохранить интересного пациента и моей интерпретации, что этот страх отражает ее ожидание, что я буду вести себя как ее мать, интерпретации, которую она приняла.

Тогда я сказал, что ее образ меня как интеллектуально замедленного, неловкого, непривлекательного, “застрявшего” в уродли-

вом городке человека был ее собственным образом, когда она чувствовала себя критикуемой и атакуемой матерью, особенно если мать не соглашалась с ее выбором мужчин, что ее позиция по отношению ко мне заключает в себе молчаливое превосходство, кажущуюся благожелательность и, однако, незаметное обесценивание, которое она так болезненно переживает, когда оно исходит от матери. Я добавил, что активируя свои отношения с матерью при инверсии ролей, она также должна быть очень напугана, что я буду полностью разрушен и что ей придется убежать из городка, чтобы избежать болезненного разочарования и чувства одиночества, которые придут вслед за разрушением меня как высоко профессионального терапевта. Г-жа Л. ответила, что может узнать себя, так же как и в других случаях, когда я говорю о ней, и что она испытывала уныние после нашего предыдущего сеанса. Она сказала, что сейчас чувствует себя лучше, и спросила, могу ли я помочь ей сделать визит мужчины из Сан-Франциско таким, чтобы он не разочаровался в ней за то, что она живет в столь непривлекательном месте. Она переключилась на зависимые отношения со мной практически без перехода, проецируя при этом надменные, обесценивающие аспекты самой себя в идентификации с матерью на мужчину из Сан-Франциско.

Г-жа Л. иллюстрирует типичную активацию проективной идентификации, включая проекцию невыносимого аспекта самой себя, поведенческое индуцирование соответствующего внутреннего состояния у меня, скрытый контроль за мной посредством унижающего отвержения меня и самоутверждения (что временно делает меня пленником этого спроецированного ею аспекта себя) и ее способность к эмпатии с тем, что на меня проецируется, потому что в другое время это так явно соответствует ее собственным Я-репрезентациям. Моя контртрансферентная реакция иллюстрирует комплементарную идентификацию и, кроме того, мое временное "застревание" в ней — положение, которое Гринберг (Grinberg, 1979) назвал "проективной контридентификацией".

Мой третий пример, г-н М., бизнесмен сорока с небольшим лет, являлся параноидной личностью с пограничной личностной организацией. У него была история психотических эпизодов, спровоцированных алкоголем, которые требовали кратковременных госпитализаций. Как на работе, так и вне ее он был попеременно то заторможен, то подвержен приступам интенсивной ярости. Последние сильно мешали его жизни в обеих сферах. Он был очень

заторможен при сексуальных встречах с женщинами, часто был импотентен и обычно подозрителен и недоверчив к окружающим.

Г-н М. был старшим из нескольких братьев, сыновей аптекаря, занимавшего видное положение в общественной жизни в маленьком городке, где они жили, властного, сердитого, крайне требовательного, садистского мужчины, который сурово наказывал детей за самые небольшие провинности. Мать пациента была полностью послушной отцу, и хотя она говорила о любви к своим детям, пациент рассказывал, что она ни разу не защитила их от отцовского гнева. Робкая и изолированная от общества, она передоверила заботу о детях своим старшим незамужним сестрам. Некоторые из них жили у них в доме, работая в качестве служанок и отцовских "надсмотрщиц", и особенно сурово обращались с детьми. Пациент живо помнил пуританские установки по поводу секса. Он чувствовал, что его младшие братья смогли избежать того, что он называл ужасающей атмосферой дома, тогда как он, старший сын, не смог избежать постоянного контроля со стороны отца. Против желания отца он поступил в большую фирму, изготовлявшую сельскохозяйственный инвентарь, но из-за своих личных проблем никак не мог подняться выше уровня руководителя среднего звена, несмотря на свою блестящую научную подготовку, прекрасные способности к маркетинговому анализу и лучшее образование по сравнению с другими коллегами, которые уже переросли его.

В переносе г-н М. колебался между интенсивными страхами и подозрительностью ко мне, воспринимая меня как садистского отца, и интенсивной идеализацией меня, связанной с гомосексуальными импульсами. Его перенос иллюстрировал классические механизмы расщепления. В течение первых двух лет лечения я интерпретировал его эмоционально противоположные чувства ко мне как отыгрывание его чувств по поводу отца: во-первых, бессознательной идентификации с матерью в ее пассивном подчинении идеализированному отцу, который дает любовь и защиту, и, во-вторых, ярости на своего садистского отца. Он постепенно стал способен выдерживать интенсивную амбивалентность по отношению к своему отцу и вполне открыто говорить о своих убийственных желаниях по отношению к нему. Следующий эпизод произошел на третий год лечения.

Г-н М. встретил женщину, работавшую в большом комплексе психиатрических учреждений, с которыми я был связан. Впервые

он осмелился проявить активность в установлении отношений с женщиной, которая казалась ему внешне привлекательной и была ему социально и интеллектуально ровней. В прошлом он чувствовал себя в безопасности только с проститутками или пребывая в асексуальных отношениях с женщинами. Любой признак увлеченности женщиной, которую он высоко ценил, заставлял его быстро отступать, становиться подозрительным к ее намерениям по отношению к нему и бояться, что он может оказаться импотентом. В нескольких случаях г-н М. высказывал фантазию, что я не обрадуюсь, если он увлечется кем-то, кто работает в учреждении, связанном с моим. Он выражал подозрения, что я предупрежу эту женщину и буду препятствовать развитию его отношений с ней. Я интерпретировал ему это как выражение эдиповых фантазий, комментируя, что, согласно его взгляду, я являюсь владельцем всех женщин в учреждении и сексуальные контакты с ними запрещены мной как отцом, и он в своей фантазии будет сурово наказан. Я также связал это с его боязнью импотенции с женщиной, которая будет полностью ему подходить.

Через несколько дней после этой интерпретации г-н М. вошел разъяренный. Он начал с того, что сообщил мне: он хочет ударить меня по лицу. Он сел в кресло на наибольшем удалении от меня и потребовал полного объяснения. Я спросил: “Объяснения чего?” Он еще более разгневался. После нескольких мгновений нарастающего напряжения, во время которых я действительно испугался, что он может меня ударить, он в конце концов объяснил, что провел вечер с этой женщиной, спросил, знает ли она меня, и та ответила, что, конечно, знает. Когда затем он стал выпытывать у нее информацию обо мне, она стала более сдержанной и спросила его “иронически”, как ему показалось, не является ли он моим пациентом. Тогда он конфронтировал ее с тем, что М. считал фактом, а именно: она все это время знала, что он мой пациент. Тогда женщина еще более отдалилась и закончила вечер предложением “заморозить” их отношения.

Г-н М. обвинил меня в том, что я позвонил ей, рассказал о его проблемах, предостерегая от контактов с ним, и это привело к окончанию их взаимоотношений. Моя попытка связать его домыслы с предшествующей интерпретацией, что он воспринимает меня в качестве владельца всех женщин в этом комплексе учреждений и ревнивого стража своих исключительных прав на них, только усилила его гнев. Он сказал, что я бесчестно использую свои

интерпретации для отрицания фактов и перекладываю вину за разрыв отношений на него. Теперь он сосредоточился на моей бесчестности. Он потребовал, чтобы я признался, что запретил женщине вступать с ним в отношения.

Ярость пациента была так сильна, что я находился перед реальной дилеммой: или я признаю его сумасшедшие построения как правду, или буду настаивать на том, что они ложны, рискуя при этом подвергнуться физическому нападению. Первоначальные сомнения в том, не воспрепятствуют ли аналитическому процессу параноидные черты пациента, также добавили затруднений.

Набрав побольше воздуха, я сказал г-ну М., что не чувствую себя свободным говорить так открыто, как я хотел бы, поскольку не уверен, сможет ли он контролировать свои чувства и не действовать под их влиянием. Может ли он обещать мне, что как бы ни сильна была его ярость, он удержится от любого действия, которое может угрожать мне самому или моему имуществу? Казалось, этот вопрос застал его врасплох, и он спросил, значит ли это, что я боюсь его. Я сказал, что, конечно, озабочен тем, что он может напасть на меня физически, и не могу работать в таких условиях. Поэтому он должен обещать мне, что наша работа продолжится в форме вербального общения, а не физического действия, или я не смогу работать с ним на этом сеансе.

К моему большому облегчению, г-н М. улыбнулся и сказал, что мне не нужно бояться: он просто хочет, чтобы я был честен. Я сказал ему, что если отвечу ему честно, он, возможно, будет очень злиться на меня. Может ли он обещать мне, что сумеет контролировать свою ярость? Он сказал, что может. Тогда я сказал ему, что знаю эту женщину, но не говорил с ней на всем протяжении его лечения, и что его утверждения были его фантазией, которую необходимо исследовать аналитически. Он тут же снова разгневался на меня, но я уже больше не боялся его.

Выслушав повторное перечисление причин, по которым он поверил, что я причастен к его разрыву с женщиной, я перебил его, сказав, что считаю: он был абсолютно убежден, что я ответственен за это, и добавил, что он сейчас находится в болезненном положении. Он должен либо признать, что я лгу ему, либо признать, что мы в сумасшедшей ситуации, в которой один из нас осознает реальность, а другой нет, и нельзя решить, кто из нас осознает, а кто нет. Г-н М. несколько расслабился и сказал, что считает: я говорю ему правду. Он добавил, что по какой-то стран-

ной причине вся ситуация стала внезапно менее важной для него. Ему хорошо от того, что я испугался и так много рассказал ему.

Возникла довольно длинная пауза, в течение которой я перебирал свои собственные реакции. Я испытывал чувство облегчения, поскольку пациент больше не нападал на меня, чувство стыда, что я показал ему свой страх подвергнуться физическому нападению, и чувство злости по поводу того, что я воспринимал как садистское, без тени раскаяния, удовольствие от моего страха. Я осознавал свою нетерпимость к его удовольствию от садистского отыгрывания вовне, а также был заинтригован тем, почему отношения с этой женщиной внезапно стали менее значимыми.

Я сказал, что только что проявился фундаментальный аспект его отношений с отцом, а именно — отыгрывание отношений между его садистским отцом и им самим как испуганным, парализованным ребенком, в котором я играл роль испуганного, парализованного ребенка, а он — роль своего отца, пребывающего в ярости и испытывающего тайное удовольствие от испуга сына. Я добавил, что признание мной своего страха перед ним изменило его собственное чувство униженности и стыда от того, что отец терроризировал его; а тот факт, что выражение ярости ко мне было безопасно и не разрушило меня, сделало для него возможным вынести собственную идентификацию с разгневанным и садистским отцом. Г-н М. сказал, что, возможно, он испугал женщину своим инквизиторским видом, когда стал спрашивать обо мне, и что его собственная подозрительность по поводу ее отношения к нему, возможно, внесла свой вклад в то, чтобы отпугнуть женщину.

Здесь мы наблюдаем проективную идентификацию, проявляющуюся на почти психотическом уровне. Первоначально пациент использует проекцию, приписывая мне поведение, которое совсем не резонирует с моим внутренним переживанием. Затем, пытаясь вырвать у меня ложное признание, он регрессирует от проекции к проективной идентификации, активируя отношение со своим отцом с переменой ролей. В отличие от предыдущего случая, насильственная природа проективной идентификации, видимо, серьезно повлияла на проверку реальности пациентом, и мои усилия по прямой интерпретации проективной идентификации были бесплодны. Принятие мной комплементарной идентификации в своем контрпереносе было не таким регрессивным проявлением с моей стороны, как менее реалистическая контридентификация, упомянутая в связи с г-жой Л. В то же время я должен был начи-

нать свои попытки интерпретации, временно отступая от позиции технической нейтральности, устанавливая условия для продолжения сеанса, которые подразумевали ограничения поведения пациента. Только тогда я смог заняться самой проективной идентификацией, прежде всего установив четкие границы реальности или, более точно, оговорив природу двух несовместимых реальностей, которые теперь характеризовали аналитическую ситуацию. Я считаю, что прояснение несовпадения реальностей является первым шагом по облегчению толерантности пациента к “психотическому ядру” его интрапсихического опыта, что является очень хорошим способом обращения с такими тяжелыми регрессиями в переносе. Более того, установление границ реальности также восстанавливает внутреннюю свободу аналитика в работе с контртрансферентными реакциями. Эту технику следует отличать от отыгрывания вовне контрпереноса, хотя разницу иногда трудно уловить. Отыгрывание вовне контрпереноса, вместо уменьшения отыгрывания регрессивного перноса, поддерживает и даже подпитывает проективную идентификацию.

Дальнейшие соображения по поводу техники

Часть моего подхода к интерпретации проекции и проективной идентификации состоит в необходимости для аналитика диагностировать в самом себе те характеристики Я- и объект-репрезентаций, которые на него проецируются. Только тогда он может проинтерпретировать пациенту характер этих проецируемых репрезентаций, мотивы непереносимости этого внутреннего переживания для пациента и характер отношений между этой проецируемой репрезентацией и тем, что пациент отыгрывает в переносе. Персекуторный характер того, что проецируется в проективной идентификации, обычно вызывает у пациента страхи перед критикой, нападками, обвинениями или всемогущим контролем со стороны аналитика. Систематические интерпретации этих вторичных последствий интерпретации проективной идентификации могут в дальнейшем способствовать проработке.

Интрапсихическое переживание аналитика при активации проективной идентификации может нарушить аналитический процесс или способствовать ему. Твердое поддержание аналитиком технической нейтральности, избегание коммуникации с пациентом кон-

трпереноса, избегание установления параметров техники, первоначально незапланированные для этого лечения, — все это может увеличить его внутреннюю свободу для фантазирования во время сеансов вместе с пациентом, так же как и за пределами сеансов. Я нахожу последнее особенно полезным для постепенного прояснения и проработки реакций контрпереноса и выработки альтернативных гипотез и стратегий для интерпретации переноса в таких пробных условиях. Для аналитика думать о глубоко регрессировавших пациентах между сеансами является, возможно, здоровым, а не невротическим поведением. Действительно, я считаю, что существенная часть проработки аналитиком собственных реакций контрпереноса может происходить между сеансами.

Когда пограничные личности с нарциссическими и параноидными чертами претерпевают временную психотическую регрессию в переносе, для аналитика может быть необходимым перестать интерпретировать и прояснить текущую реальность ситуации лечения, включая просьбу к пациенту сесть и обсудить с аналитиком в деталях все, что привело к этому параноидному состоянию, как это предложил Розенфельд (Rosenfeld, 1978). Аналитику следует принять в себя проективную идентификацию пациента без интерпретации ее в течение некоторого времени, признавая эмпатию к переживаниям пациента без принятия на себя ответственности за них, таким образом демонстрируя способность переносить агрессию пациента, не разрушаясь под ней, что является выражением функции "холдинга" Винникота (Winnicott, 1960). Аналитик должен непрерывно интерпретировать проективную идентификацию в атмосфере объективности, которая обеспечивает когнитивную функцию "контейнирования" — это подход Биона (Bion, 1968). Наконец аналитик должен установить пределы для отыгрывания вовне, которое может угрожать физической сохранности пациента или аналитика (если эти пределы объективно необходимы), определить, в какой степени в отношениях еще сохраняется проверка реальности (имея в виду, что интерпретация бессознательных детерминант не может проводиться без восстановления общего взгляда на реальность), и анализировать взаимно не совпадающие реальности.

Временами эмоциональная диссоциация аналитика от ситуации, его временный "отказ" от аналитических переживаний могут выступить как дистанцирующее средство, обеззараживающее терапевтические отношения, но ценой потенциального разрушения лече-

ния либо временного или постоянного ухода примитивных переносов в “подполье”. Поэтому такая предохранительная мера несет в себе свои риск и опасность, так же как и преимущества.

Эти различные техники во многом сочетаются друг с другом, но существуют и различия в акцентах. Мой собственный подход использует функции “контейнирования” Биона (Bion, 1968) и “холдинга” Винникота (Winnicott, 1960), Розенфельдово (Rosenfeld, 1971, 1975, 1980) понимание природы глубоко регрессивных переносов при нарциссической патологии характера и описанные мной техники прояснения реальной ситуации перед дальнейшими попытками интерпретации проективной идентификации.

Я считаю, однако, что избегание Бионом анализа вопросов контрпереноса с тяжело регрессивными пациентами и указание, что концепция контрпереноса должна быть сохранена в ее узком значении и потому должна указывать на патологию терапевта, лишает анализ влияния всего поля контртрансферентных реакций. В Бразильских лекциях (Bion, 1974, 1975) Бион обнаруживает как исключительную чувствительность к регрессивным переносам, так и загадочное отсутствие интереса к реальной ситуации пациента, которое является дополнением его невнимания к контрпереносу. Я считаю, что заинтересованность в пациентах подразумевает преданность, а преданность делает аналитика уязвимым для контрпереноса в широком смысле. Мое конфронтирование пациента с несовместимостью наших взглядов на реальность противоречит рекомендациям Розенфельда (Rosenfeld, 1978) о временном отказе от конфронтирующей и интерпретирующей позиции при параноидных регрессиях.

Проективная идентификация является основным источником информации о пациенте и требует активного использования контртрансферентных реакций для выработки интерпретаций переноса.

11. ПРОЕКТИВНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ, КОНТРПЕРЕНОС И ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ

Проективная идентификация может играть ключевую роль, если она возникает в больничном окружении. Приводимые ниже описания двух пациентов, страдавших от очень непохожих психических заболеваний и проходивших длительное лечение в стационаре, иллюстрируют некоторые особенности больничного лечения при столкновении с различными типами психопатологии.

Лусия

Лусия, незамужняя, около тридцати лет, привлекательная, интеллигентная, но эмоционально нестабильная женщина-музыкант из Латинской Америки, получила образование в США; богатые родители финансово поддерживали ее артистическую карьеру. В прошлом она злоупотребляла наркотиками и алкоголем, у нее было несколько серьезных суицидальных попыток и трудности в межличностных отношениях на работе и с близкими людьми.

Лусия была младшей из трех детей, но родители относились к ней как к единственному и главному объекту заботы. Отец по отношению к ней был скорее соблазняющим, нежели любящим, и находился под контролем матери, явно доминирующей в семье. Мать была очень эмоциональной, экстравертированной, обаятельной, но назойливой; незаметными способами она пыталась контролировать жизнь Лусии, оставаясь безразличной или даже враждебной к ней на более глубоком уровне. Например, Лусия страдала от аллергии, которая не позволяла ей есть определенные сорта сладостей; мать знала об аллергии, но периодически посылала ей упаковки этих сладостей.

Диагнозом Лусии при поступлении были: 1) тяжелое расстройство личности преимущественно с нарциссическими и пограничными чертами; 2) смешанная наркотическая и алкогольная зави-

симость; 3) депрессивное расстройство с относительно непредсказуемым суицидальным потенциалом, связанное с тяжелыми эмоциональными кризисами. В связи с отсутствием успехов при многократных попытках амбулаторной психотерапии были начаты длительное стационарное лечение и одновременная психоаналитическая психотерапия.

С самого начала лечение Лусии имело качество V.I.P. из-за большого состояния и социальных связей ее родителей, поэтому и председатель правления больницы, и другие члены правления были заинтересованы в ней гораздо больше обычного. Директор больницы, доктор А., всегда встречался с родителями Лусии, когда те приезжали навестить дочь, что было очень необычным обстоятельством. Более того, доктор А. был не согласен с диагнозом: он считал его слишком "жестким" и был убежден, что Лусия просто инфантильно-истерическая больная. Доктор А. сказал психиатру, приставленному к Лусии, что тот слишком критичен к этой неординарной семье. Неудовлетворенный подходом этого психиатра, который он считал слишком жестким, ригидным и упрощенным, доктор А. попросил меня, руководителя нового отделения больницы, взять на себя стационарное лечение Лусии. Он сказал мне, что полагает, что я смогу лучше вести этот случай, так как являюсь выпускником психоаналитической учебной программы, а другие заведующие отделениями, хотя и неоднозначно относятся к психоанализу, уважают больничных психиатров, прошедших психоаналитическое обучение.

Психотерапевт Лусии, доктор С., (с которым она встречалась четыре раза в неделю, в то время как я общался с ней в среднем пятнадцать-двадцать минут пять раз в неделю) предпочитал продолжать свое лечение совершенно независимо от общего больничного лечения. Он тоже прошел психоаналитическое обучение и был близким другом доктора А. При наших коротких встречах доктор С. общался со мной доброжелательно, но явно как старший коллега с недавним выпускником.

Доктор С. и доктор А. были преподавателями института последипломного обучения психодинамической психотерапии, который я буду называть Институтом. Теоретическая ориентация Института во многом отличалась от моей традиционной психоаналитической ориентации, так что я явно выступал в роли аутсайдера. Однако больничные врачи и персонал считали, что они лучше подготовлены, чем сотрудники Института, для работы с тяжело больны-

ми пациентами при длительном стационарном лечении, и относились к Институту несколько неоднозначно. Они считали непостоянно работающих в больнице психотерапевтов Института слишком мягкими, даже наивными при работе с тяжело регрессировавшими пациентами; с их точки зрения, такие пациенты требовали твердости и четкой структуры лечения.

Таким образом, я стал, вначале невольно, представителем философии Института, противоположной философии персонала клиники, представленной больничным психиатром, которого заменил.

Мои отношения с Лусией начались с того, что можно назвать терапевтическим медовым месяцем. Скоро она узнала о моем собственном латиноамериканском происхождении и сказала, что считает меня представителем европеизированной латиноамериканской культуры, что соответствует ее собственному происхождению. Она убеждала меня согласиться, что "ригидность" ее прежнего больничного психиатра, настаивавшего на ее участии в жизни больницы и работе, была необоснованной и непродуктивной. Вместо этого она предлагала собственное ежедневное расписание, в которое включила заочные курсы местного университета, соответствовавшие ее потребностям в образовании и способствовавшие продвижению к получению следующего диплома в области музыки.

Я согласился с таким ходом дела, просмотрел расписание и попросил разрешения немного подумать. Хотя мои отношения с Лусией, казалось, развивались удовлетворительно, случайные замечания других заведующих отделениями и старшего больничного персонала заставляли предполагать, что на проекты Лусии смотрят несколько скептически, считая, что мы с доктором С. являемся объектами ее манипуляции.

Спустя несколько недель материалы для заочных курсов так и не пришли, но Лусия уже давно стала уклоняться от выполнения многих пунктов своего расписания. У нее были придуманные объяснения по поводу пропажи материалов. Во-первых, они потерялись на почте; затем возникло объяснение, что это ошибки больничной почты; третьей причиной стала их задержка в университете. Когда я пошел в больничное почтовое отделение, чтобы выяснить источники задержки, мне сказали, что уже доставили моей пациентке большой пакет.

Когда я уличил Лусию в противоречии между ее уверением, что она не получала пакета, и информацией из почтового отделения

больницы, она очень расстроилась, стала обвинять меня в том, что я не верю ей и становлюсь таким же, как и предыдущий больничный психиатр. Она объяснила, что пакет, который она только что получила (и содержимое которого, как она сказала, готова показать мне), был от ее матери.

Поздно вечером мне позвонили домой, так как Лусия пребывала в сильной панике и настаивала на том, чтобы видеть меня. Я вернулся в больницу, где Лусия приняла меня в прозрачном и очень откровенном неглиже. Было очевидно, что она пытается соблазнить меня, и хотя я сохранял самообладание, я сознавал эротические элементы в своих аффективных реакциях. Она сообщила, что просто хотела сказать мне, как была расстроена моим вопросом в тот день, но очень благодарна за то, что я откликнулся на ее звонок, и почувствовала себя лучше, когда я приехал. Она подчеркнула, как важно для нее, чтобы наши отношения были хорошими.

В ту ночь мне снилось, что я нахожусь в больничной палате Лусии, больше похожей на номер гостинницы, и сижу у нее на постели; вся ситуация напоминает любовное свидание. Внезапно с соблазнительной улыбкой Лусия положила свой указательный палец мне в рот, глубоко засунув его, и я проснулся в состоянии сильной тревоги. Когда я лежал, бодрствуя и размышляя о сне, мне внезапно пришло в голову, что то, что она делала со мной во сне, по-испански звучало так: meterme el dedo en la boca (“положи палец мне в рот”). В Чили, где я учился, это был популярный способ сказать: “Я обдурил кого-то”. Теперь, уже полностью проснувшись, я подумал о комедии ошибок с материалами курсов и решил, что Лусия, вероятно, все время лгала мне.

На следующий день я настаивал на своем убеждении, что она лгала мне, до тех пор пока она не призналась, что получила пакет из университета и выбросила его. После этого Лусия впала в ярость и стала обвинять меня, что это я ригидно настаивал на том, чтобы она прошла курсы, которые ее совсем не интересовали. Я напомнил ей, что пройти курсы было ее инициативой, а я с ней согласился. Я выразил сожаление, что она не способна сказать мне, что не хочет проходить эти курсы, не в состоянии обсудить возможные альтернативы. Лусия, делая вид, что забыла о том, что я говорю, продолжала упрекать меня за навязывание ей идеи учебного плана вместо внимания к ее интересам и работе.

В больнице было стандартным правилом информировать психотерапевта о важных событиях, происходящих с пациентом, по-

этому, предупредив Лусию, что собираюсь проинформировать доктора С. о случившемся, я тут же сделал это. Выслушав мой отчет, он сказал мне, что все время знал о проблеме с заочными курсами, но считает, что я преувеличиваю ее важность; кроме того, от этой пациентки следует ожидать некоторого манипулятивного поведения. Мои попытки подчеркнуть серьезность, по моему мнению, ничем не обоснованного обмана со стороны Лусии привели к тому, что он, отбросив церемонии, добавил, что понимает крайнюю тяжесть состояния этой пациентки и считает очень важным понять причины ее потребности вести себя подобным образом в свете того хаотического опыта, который она испытала в детстве. Наш разговор окончился без ощущения взаимопонимания. Я полагал, что доктор С. недооценивает тяжесть патологии Супер-Эго Лусии и временного переноса ею своей агрессивной лживости на меня; он думал, что я слишком остро реагирую на это вследствие нарциссической травмы и из-за отсутствия достаточного опыта с пациентами такого рода.

В тот же день мне позвонили из офиса доктора А. и сказали, что он хочет встретиться со мной на следующей неделе. Заведующие другими отделениями скоро сообщили мне, что его звонок был результатом жалобы, с которой к нему обратилась Лусия. Теперь у меня возникло странное ощущение, что я становлюсь героем дня в глазах заведующих другими отделениями и старших сотрудников больницы, потому что "противостою" манипулятивному поведению Лусии. Ее лживость была очевидна для них все это время. Я также заметил, не без удовольствия, что меня уже воспринимают как часть больничного фронта, противостоящего Институту.

Доктор А. принял меня очень холодно. Он сказал, что Лусия пожаловалась ему на мое ригидное, навязчивое, "полицейское" поведение по отношению к ее учебе. Он дал понять, что разочарован мной; сказал, что говорил с доктором С., который видит ситуацию так же, как и он. Оба считали, что к Лусии стоит относиться более мягко. Я чувствовал свое поражение и бессилие и почти ощутил облегчение, когда доктор А. сказал мне, что с согласия доктора С., он планирует передать Лусию другому больничному психиатру.

Моей первой реакцией были гнев и разочарование, но когда они прошли, я почувствовал озабоченность, так как считал, что "триумф" Лусии, выразившийся в моем устранении косвенным образом через манипуляции с доктором С. и доктором А., ведет к глубо-

ким самодеструктивным последствиям. При осмыслении этих событий я получил большую поддержку от Клары, старшей медсестры моего отделения, которая рассказала мне, что Лусия всегда вела себя соблазняюще с мужчинам, обладающими властью. Я осознал, что она, безусловно, использовала свои соблазняющие возможности и с доктором А., и со мной. Клара также сказала, что мое отношение к Лусии показало мою наивность; она считала, что этот эпизод обернется для меня хорошим уроком.

Вскоре после того, как Лусия была переведена к другому психиатру, она возобновила прием алкоголя и наркотиков и в конце концов покинула больницу. В течение года больница потеряла всякий контакт с ней и ее семьей.

Обсуждение

То, что я назвал терапевтическим медовым месяцем с Лусией, можно описать в терминах контртрансферентных реакций как мою конкордантную идентификацию (Racker, 1957) с патологическим грандиозным "Я" пациентки, ее характерологической нарциссической структурой. Мой контрперенос, видимо, отражал мое втягивание в роль восхищающегося и поддающегося на подкуп, а также соблазняющего отца.

Но когда я осознал лживость Лусии, моя внутренняя реакция сменилась на подозрительную и преследующую — на комплементарную идентификацию с диссоциированными садистскими предшественниками Супер-Эго, против которых и были воздвигнуты ее нарциссические защиты, в то время как она идентифицировалась со своим собственным диссоциированным, униженным и садистически мучимым "Я". А я, видимо, стал примитивной, садистской репрезентацией матери, в своей жестокой мести разрушающей ее сексуализированные отношения с отцом.

Можно спекулировать по поводу того, что если бы я не так боялся активации своих сексуальных фантазий о ней и в то же самое время осознавал ее нарциссичекую соблазнительность, то я мог бы выдерживать свои сексуальные фантазии, оставаться бдительным к соблазняющему поведению Лусии и сохранять контроль над своим независимым мышлением. Но произошло так, что я был соблазнен назначением доктора А. вступить в своего рода альянс с

нарциссическими защитами пациентки, которые ослабили объективность моей позиции по отношению к ней.

Позже, при внезапном изменении моего отношения к ней, я автоматически идентифицировался с антиинститутсткой позицией персонала больницы, так что моя комплементарная идентификация с внутренним “преследователем” Лусии соответствовала моей идентификации с идеологией больницы.

Смена конкордантной идентификации на комплементарную в моем контрпереносе могла быть также связана с внезапной активацией проективной идентификации в защитном репертуаре пациентки. Лусия обманывала меня в течение нескольких недель. Ее нечестность могла рассматриваться как “психопатическая” защита против пугающих ее “преследующих” атак с моей стороны, отражающих проекцию на меня садистской, преследующей объект-репрезентации, наиболее вероятно, преэдипова материнского образа. Ее описание меня как ригидного, навязчивого полицейского было лишено сексуальности и подразумевало в высшей степени эгоистичную, черствую, подозрительную, примитивную, властную фигуру, которая разрушала сексуализированные взаимоотношения с властным мужчиной (отцом).

То, что пациентка могла проецировать на меня преследующую, черствую и манипулятивную мать, при этом по-прежнему идентифицируя себя с таким садистским образом (отражавшимся в ее самозащитном, манипулятивном контроле надо мной), указывает скорее на действие проективной идентификации, а не проекции. Что представляет для меня здесь особый интерес, так это связывающая функция моей контртрансферентной реакции: она была ответом как на отыгрывание пациенткой посредством проективной идентификации примитивных интернализованных объектных отношений, так и на отыгрывание больничным персоналом, посредством мощного, хотя и скрытого навязывания ролей или поддержки меня в подчинении доктору А. и Институту в качестве защиты от подспудного бунта против них. Другими словами, патология интернализованных объектных отношений пациентки и латентных социальных конфликтов в больнице “замкнулись” в моей внутренней реакции на границе между пациенткой и больничной системой.

Такой же интерес вызывает, как мне кажется, и “реакция отстранения”, возникшая и у меня, и у пациентки по отношению ко мне, к больнице и в отношении больничного персонала к пациентке. Когда мою пациентку перевели к другому врачу, я по-

чувствовал эмоциональную отстраненность как от Лусии, так и от доктора А. Последующая циничная, почти радостная отстраненность персонала больницы от Лусии, по мере того как ее лечение терпело неудачу (больничный психиатр, заменивший меня, выполнял свои функции довольно формально, и хотя многие сотрудники больницы знали об отыгрываниях вовне пациентки, их информация уже больше не доходила ни до доктора С., ни до доктора А.), была третьей "реакцией отстранения" со стороны больничной системы. Все эти события можно отнести к категории отстраненности для защиты самооценки "пострадавших сторон" — другими словами, защитной нарциссической отстраненности от интенсивного конфликта вокруг враждебности. Эта общая отстраненность больничной системы от пациентки, которая стала особенно драматичной в последние несколько месяцев перед тем, как Лусия в конце концов прервала лечение, может рассматриваться как символическое разложение всей больничной системы ухода за пациентами, который в идеале больница должна была продолжать обеспечивать.

Как будто бы пациентка позволила мне "умереть", а персонал больницы вместе со мной позволили, в свою очередь, "умереть" ее лечению. Персонал больницы также оставил меня одного: как только мое "поражение" стало очевидным и я был отстранен, ни один из заведующих отделениями не поставил под сомнение решение доктора А. на врачебном совещании и не попытался пересмотреть все клиническое ведение данного случая. Можно сказать, что как только я сослужил службу для больничной идеологии, меня выкинули со сцены и позволили "умереть".

Что, по-видимому, является еще более поразительным, так это повторное разыгрывание патологии семьи Лусии внутри больницы. Огромное богатство семьи создало ситуацию, которая была успешно использована матерью пациентки для поддержания контроля дочери над лечением вопреки ее действительным интересам. Такое развитие событий было продолжением семейной истории, дразнящим соблазнительного, но недоступного отца, контролируемого матерью. "Соблазнение" доктора А. пациенткой, скрытое повторение ее отношений с отцом было разрушено провалом лечения, скрытым последствием воздействия пациентки и ее матери на больничную систему. Контроль семьи над своим собственным миром драматически отразился в самодеструктивной манипулятивности дочери. Их эффективный контроль над больничным миром, ана-

логично этому, привел к атмосфере разложения и мести и разрушил лечение дочери.

В идеале я должен был бы оказаться способным исследовать преобладающую патологию интернализованных объектных отношений Лусии, как она вновь разыгрывалась в больнице: ее неудачи на работе, ее сексуальная соблазнительность как разложение тех, кто должен был ей помогать, символическое разрушение хороших взаимоотношений с эдиповым отцом из-за разрушительного воздействия садистского интернализованного образа преэдиповой матери, проекции садистских предшественников ее Супер-Эго на окружающих и ее вторичных защит от преследования посредством нечестности. Патогенные особенности ее детского окружения были, однако, вновь разыграны в ее бессознательном соблазнении доктора С., доктора А. и меня, а также разыграны вновь в групповом процессе большой группы — в больничной среде.

Ральф

Ральф, холостой, двадцати с небольшим лет молодой человек с историей начавшегося в раннем подростковом возрасте поведенческого расстройства, характеризовавшегося прогулами в школе, непослушанием, плохой успеваемостью и жестокими драками с другими подростками и учителями. Это привело к его исключению из нескольких школ. В позднем подростковом возрасте он чередовал периодическое жестокое поведение с длительными периодами устраненности из социальной жизни. Теперь его считали "странным", он служил объектом насмешек со стороны сверстников и временами демонстрировал очень причудливое поведение и постепенно углубляющуюся изоляцию от социальных контактов. Ральф бросил среднюю школу незадолго до ее окончания, проводил дни и недели в основном в своей комнате, практикуя странные ритуалы, которые пытался скрывать от родителей. Он выражал все большую озабоченность изменениями, которые, как он думал, происходят с его лицом. В конце концов у него развились бредовые идеи о превращении тела и слуховые галлюцинации. Ему был поставлен диагноз шизофрении, и он госпитализировался несколько раз в различные психиатрические больницы на периоды от нескольких недель до нескольких месяцев. На повторяющееся лечение высокими дозами нейролептиков и электрошоком он

реагировал так, что мог возвращаться домой и в школу. В эти периоды, однако, он открыто проявлял антисоциальное поведение; был лжив и агрессивен, эксплуатировал и обманывал соучеников и учителей; временами был жесток, снова исключался из школы. Тогда он вновь замыкался в своей комнате и проявлял симптомы психоза.

Ко времени поступления к нам в больницу после по крайней мере восьми лет прогрессивно ухудшавшейся болезни у него был диагноз хронического недифференцированного шизофренического заболевания. В связи с впечатляющим улучшением, которое наступало после лечения нейролептиками и последующим развитием явного антисоциального поведения, за которым следовала новая регрессия в психоз, он рассматривался в качестве редкого случая "псевдопсихопатической шизофрении".

Отцом Ральфа был зарубежный бизнесмен, разрабатывавший новые методы глубокой переработки мусора. Экологически ориентированные законодатели и бывшие сотрудники на его родине ставили эти методы под вопрос, и в результате длительных судебных тяжб он чувствовал себя озлобленным, загнанным и должен был тратить огромное количество времени и энергии на юридические и политические, а не на деловые вопросы.

Мать Ральфа никогда не возникала как реальный человек в процессе всех взаимодействий больничного персонала с семьей. Она редко (если вообще это делала) навещала своего сына; именно отец в сопровождении юридического консультанта приезжал в больницу для обсуждения планов лечения Ральфа. Кроме своих редких визитов в США, чтобы навестить Ральфа, несколько старших братьев и сестер также оставались в тени и в отдалении на протяжении всего лечения. Отец выражал искреннее чувство безнадежности по поводу лечения Ральфа; он выбрал эту больницу в качестве последней надежды и подразумевал, что хотя у него нет достаточно времени, чтобы участвовать в лечении, он, конечно, будет очень благодарен, если Ральфу помогут.

Это случай, как и случай Лусии, был окружен климатом V.I.P. Аура власти, исходившая от юридических и политических баталий отца, и огромное состояние семьи приводили ко всякого рода слухам и домыслам.

Я был прикреплен к этому пациенту доктором Б., директором больницы, который заменил доктора А. (получившего должность в другом месте) примерно через год после того, как Лусия поки-

нула больницу. Доктор Б. сочувствовал философии больницы в гораздо большей степени, нежели философии Института: он придерживался эмпирического, основанного на здравом смысле подхода к пациентам и скептически относился к приложимости аналитического понимания к больничному лечению.

Он сказал мне, что считает Ральфа очень тяжелым пациентом, который, несомненно, будет вовлекать меня в споры, и он надеется, что я смогу поддержать твердую структуру и избежать вовлечения в состязания подобного рода. Доктор Б. выглядел дружелюбным и общительным и имел репутацию человека, стремящегося избегать конфликтов, а также был очень уступчив по отношению к давлению со стороны председателя и других членов правления больницы. Тогда как доктор А. был авторитетен и даже авторитарен в своем обращении с научными сотрудниками и персоналом, доктор Б. старался, где это возможно, достичь консенсуса. Однако в противоположность своему предшественнику он не оказывал поддержки научным сотрудникам и персоналу, когда влиятельные люди извне оказывали на них давление. Я понял, что в том, что касается Ральфа, я буду иметь всю необходимую больничную поддержку, пока лечение не вторгнется в горячие воды V.I.P.

Первый раз я увиделся с Ральфом у него в комнате. Когда я вошел, он смотрел в зеркало, изучая свое лицо, поскольку, как он объяснил мне, его беспокоили прыщи. Он сказал, что пользуется различными антисептическими кремами для лица, чтобы справиться с дефектами кожи на лице и шее. Я не смог заметить никаких аномалий у него на лице. В комнате стоял легкий прогорклый запах, который, казалось, шел не от Ральфа. Она была заполнена тюбиками с кремами для лица и коробками салфеток, которые он использовал для очистки пальцев и для втирания крема. Использованные и скомканные салфетки валялись на кровати, на стульях и на полу.

Поскольку было непонятно, сможет ли Ральф в достаточой степени дифференцировать психотерапевта от лечащего врача-психиатра, мне поручили больничное ведение этого случая полностью, включая психотерапию. Клара, старшая сестра, сказала мне, что ее подчиненные спорят по поводу того, как обращаться с Ральфом. Следует ли убирать его комнату и создавать ему распорядок дня, который бы ставил ему ясные задачи, границы и пределы — иными словами, следовать “эго-психологическому” подходу? Или ему следует позволить регрессировать дальше, усердно исследуя пси-

хологическое значение его причудливого поведения, чтобы установить с ним контакт и, в конце концов, привести к окончанию психологической регрессии психотерапевтическими средствами — следовать подходу “Честнат Лодж”*?. История ограниченных улучшений при интенсивном лечении нейролептиками и электрошоком и тот факт, что Ральф переходил к антисоциальному поведению, а не к более адаптивному непсихотическому состоянию, давили на меня тяжелым грузом. Я решил отложить определение лечебной стратегии до тех пор, пока не узнаю о пациенте больше.

Я должен сказать, что первой моей эмоциональной реакцией на Ральфа было отвращение. Я не мог не отреагировать на прогорклый запах, покрытые жиром дверные ручки и стулья в его комнате, и при этом я был вынужден встречаться с ним в его комнате, так как он отказывался ее покидать. На одном из наших первых сеансов, пока я сидел на засаленном стуле, а он на постели, Ральф сказал: “Я кажусь вам довольно отвратительным”, и я потерял дар речи от точности его наблюдения. И поскольку я реагировал на него как испытывающая отвращение авторитетная фигура, то не мог заметить и признать его очевидного удовольствия от игры с грязью, с грязными, липкими субстанциями, с экскрементами. По той же причине я также не был способен связать его удовольствие от игры с грязью и мусором с конфликтом по поводу того, подчиняться ли своему отцу, идентифицироваться с ним или бунтовать против отца, “короля” переработки промышленного мусора в полезные продукты и человека, обвиняемого в загрязнении окружающей среды продуктами своего же производства.

Ральф испытывал ужасный страх, что я войду к нему в комнату, не дав ему времени “приготовиться”. Он просил меня стучать, пока он сам не откроет дверь (что иногда занимало несколько минут) и всегда выглядел испуганным и подозрительным, когда я входил в его комнату. Я думал, что он пытался убрать комнату, перед тем как я войду, или ликвидировать следы какого-то странного ритуала, но все мои попытки понять, почему он заставлял меня так долго стучать, только возбуждали тихий странный смех, который я в конце концов определил как иронический и унижающий.

*Честнат Лодж (Chestnut Lodge) — психиатрическая больница в США, где, в частности, работает выдающийся специалист в области психоаналитического лечения больных тяжелыми формами шизофрении Харольд Сирлз (Searles). Известна своим особым подходом к лечению шизофрении больничной средой (milien).

Пока я пытался оценить ситуацию, поведение Ральфа регрессировало все больше и больше; любые усилия сестринского персонала как-то мобилизовать его вызывали у него сильную ярость. Он был сильным и крупным мужчиной, и женский персонал боялся подходить к нему. Наконец продолжительный ритуал “стучания в дверь” вызвал у меня фантазию, что одной из его функций было стремление выставить меня перед сестринским персоналом как слабого и пугливого. Сестры говорили о Ральфе как о человеке, “предоставляющем аудиенции” только мне и некоторым избранным членам персонала.

Мои попытки помочь Ральфу вербализовать его фантазии и страхи в связи с этими вопросами ни к чему не привели. Он расплывчато и неясно говорил о своем лице и о мешающей назойливости сестер. В конце концов я совместно с сестринским персоналом придумал план лечения, который охранял бы частную жизнь Ральфа в его комнате в течение определенных часов дня, но также включал минимальную пограмму активности (прогулки на природе, участие в простой рабочей группе для регрессировавших шизофреников) на базе регулярного расписания. Его комната должна была убираться так же, как и другие больничные комнаты, за исключением того, что некоторые шкафы оставлялись за ним, чтобы он мог хранить в них то, что хочет, в том числе свои кремы и салфетки.

План стал работать, но с непредвиденными результатами. Специальный сотрудник больницы был приставлен к Ральфу на утренний период активности, другой специальный сотрудник — на вечерний. Оба санитара были проинструктированы и должны были выполнять сходные функции — помогать Ральфу как следует одеваться для прогулки на воздухе и работы и давать ему возможность обсуждать все, что он хочет, относительно его жизни в больнице. Утренний санитар был негр, вечерний — белый. Клара, старшая сестра отделения, была негритянкой, а начальница Клары, главная медсестра больницы — белой женщиной. Ральф быстро сблизился с белым санитаром, который произвел на него (и на меня первоначально) впечатление дружелюбного, общительного, полного энтузиазма мужчины. Ральф также быстро и сильно возненавидел черного санитара, который первоначально тоже производил на меня впечатление дружелюбного, общительного и теплого человека, но постепенно стал вести себя напряженно и затормо-

женно, когда столкнулся со словесными, а затем и с физическими оскорблениями со стороны Ральфа.

Мы с Кларой думали, что это явный случай расщепления, который требует психотерапевтического исследования, но жалобы пациента на черного санитара достигли кабинета главной медсестры больницы, которая рекомендовала заменить его другим сотрудником. И я, и Клара сильно сопротивлялись этой рекомендации: я думал, что это подкрепит операции расщепления у Ральфа и усилит как его регрессивное всемогущество, так и более глубокие страхи деструктивных последствий своей агрессии. Ситуация еще больше усложнилась благодаря визиту отца Ральфа и развитию дружеских контаков между пациентом, его отцом и белым санитаром, который, по словам Ральфа, предложил полностью взять на себя уход за ним и согласился с тем, что черный санитар действительно ничем не помогает ему. Отец Ральфа поговорил с доктором Б., который, в свою очередь, поговорил с главной медсестрой, и та оказала сильное давление на Клару, чтобы удалить черного санитара.

Теперь оказалось, что весь сестринский персонал разделился по расовому признаку. Надо сказать, что я и прежде был критически настроен по отношению к главной медсестре, считая ее холодной и недоступной (мнение, совпадавшее с мнениями большинства других заведующих отделениями). Она, однако, имела социальные связи с членами правления, ее очень сильно поддерживал доктор Б. Эмоционально я стал полностью сторонником Клары и черного персонала; и теперь вся социальная система больницы постепенно расширяющимися кругами стала расщепляться: власть, с одной стороны, и бунтари — с другой.

В своих беседах с Ральфом я пытался помочь ему вербализовать чувство, что он находится между двумя мирами: “белым” миром конформности, устоявшихся авторитетов и защиты против “черного” мира протеста, опасности и насилия. Я также пытался связать это с его собственным внутренним конфликтом между потребностью подчиниться своему могущественному отцу, апеллируя к “высшим авторитетам” больницы, чтобы они защитили его от бунтарей, и потребностью восстать против отца, отказываясь покинуть свою комнату и загрязняя ее кремами для лица и салфетками. В то время как его отец перерабатывал мусор, он давал материал для мусора. Короче говоря, я пытался объяснить ему, что разделение его чувств между двумя санитарами представляло по-

пытку справиться с двумя аспектами своей собственной личности. Ральф отреагировал на это тем, что стал более подозрителен и недоверчив ко мне; теперь он явно воспринимал меня как врача, в то время как его отношения с белым санитаром становились с каждым днем все ближе.

В конце концов меня вызвал доктор Б., который обсудил со мной свою озабоченность, что семья пациента может расстроиться и пожаловаться непосредственно председателю правления больницы. Очень дружелюбным тоном он предложил успокоиться на том, что Ральф все равно безнадежный случай. Он сказал, что чувствует, как я работаю под огромным давлением и мои энергия и знания могут найти себе лучшее применение в других случаях. Он спросил, что я думаю по поводу перевода пациента. После долгого обсуждения я уступил, признав собственные ограничения и действительно почувствовав себя гибким и зрелым, поступая так. Я был благодарен за ту дружескую форму, в которой доктор Б. обсуждал этот случай со мной.

Я покинул кабинет доктора Б. в спокойном состоянии духа и выехал домой. Внезапно, ведя машину, я ощутил сильную тревогу и подозрительность; возможно, не было бы преувеличением сказать, что я стал параноидным. У меня возникла фантазия, что этот дружеский разговор был первым шагом в процессе моего выживания из больницы. Я заподозрил доктора Б. в том, что он получил от вышестоящего начальства инструкции избавиться от меня. Я внезапно также вспомнил, что еще утром Ральф спрашивал меня, говорил ли я с доктором Б. Теперь я думал, что, не известив меня, Ральфу уже сказали, что он будет переведен к другому психиатру. Я решил тут же вернуться в больницу и установить “правду”, обсудив этот вопрос с Ральфом.

Ральф отказался вспомнить, что он спрашивал меня о разговоре с доктором Б. У меня также возникло ощущение, что белый санитар, присутствовавший при этом, смотрит на меня торжествующе.

Тем же вечером я обсудил эту ситуацию с Кларой, которая категорически уверила меня, что согласно известным ей слухам, никто в больнице меня не критикует. Она сказала мне открытым текстом, что я веду себя параноидно, думая, что меня могут уволить из-за конфликта вокруг пациента. Она подтвердила мою точку зрения, что Ральф активировал потенциал расовой напряженности в больнице, и согласилась с моей оценкой доктора Б. как специалиста, слишком склонного к компромиссам и неспо-

собного занять твердую позицию. Она чувствовала, что главная медсестра имела больше влияния в этом вопросе.

Ральфа перевели к другому больничному психиатру. После шести дополнительных месяцев лечения в нашей больнице было сделано заключение, что никакого реального прогресса не наблюдается, и семья решила перевести его в другое психиатрическое учреждение. Катамнестическая информация, полученная через несколько лет из косвенных источников, гласила, что в конце концов Ральф был направлен в государственную больницу на родине, где и умер в результате несчастного случая, во время возникшего там пожара.

Обсуждение

Здесь у меня снова очень быстро возник сильный и разрушительный контрперенос в виде первоначальной реакции отвращения и отказа анализировать ее последствия. В своей комплементарной идентификации с диссоциированным и проецируемым отвращением Ральфа к самому себе (“Я должен казаться всем довольно отвратительным”) я стал заторможенным из-за его подозрительного ожидания такого отвращения с моей стороны и из-за его контролирующего поведения, нацеленного на то, чтобы заставить меня почувствовать вину за мою реакцию отвращения. Использование Ральфом проективной идентификации доминировало в терапевтических отношениях с самого начала. Он идентифицировался с обесцениваемыми, преследующими и преследуемыми врагами своего отца, при этом его борьба против ужасной власти отца проецировалась на меня в ритуале отсрочки открывания двери в комнату. Одновременно своими салфетками и кремами он также идентифицировался с отцовским контролем над промышленным мусором. Конфликт между отцовской (белой) властью и опасными (черными) бунтовщиками против империи отца повторно разыгрывался в расщеплении им образов двух санитаров и последующей инициации аналогичного конфликта на большей арене всей социальной системы больницы.

И опять моя комплементарная идентификация в контрпереносе, следствие проективной идентификации пациента, привела меня к идентификации с его “врагами” и к моему альянсу с (черной) Кларой и ее сторонниками в противостоянии (белой) глав-

ной медсестре и ее сторонникам, что в конце концов привело к моему отстранению от лечения в результате альянса доктора Б., главной медсестры и отца пациента.

Интересно, что даже в рамках крайне регрессивного сценария, который разыгрывался в этом случае, активировалась и эдипова констелляция — в моем альянсе с Кларой против главной медсестры, холодной, дистантной, эмоционально недоступной, и опасной материнской фигуры, которая только впоследствии срезонировала в моем уме в качестве отражения собственной таинственной, дистантной, недоступной матери пациента.

Я считаю, что эти события также иллюстрируют разложение социальной системы больницы, приведшее в конце концов к удовлетворению требований пациента избавиться от черного санитара, к смене терапевта и к усилиям директора больницы “успокоить” страсти по отношению к явно “особому пациенту”.

Кроме того, эти события иллюстрируют повторяющийся, драматический обмен ролями жертвы и преследователя так типичный для примитивных переносов. Параноидная реакция Ральфа на меня за мое “нашествие” к нему в комнату, защитный ритуал настаивания на том, чтобы я стучал в дверь, его жалкие усилия спрятать салфетки и кремы были последней линией обороны фекального мира, находящегося под угрозой разрушения со стороны “чистого и сильного”. Моя собственная интенсивная “параноидная” реакция по дороге домой после беседы с доктором Б. иллюстрирует мою идентификацию с пациентом как с жертвой, мой страх, что мой собственный мир заведующего отделением будет разрушен, мое чувство, что на меня напали, и я потерпел поражение.

Здесь опять проективная идентификация пациента активировала у меня мощную контртрансферентную реакцию, комплементарную идентификацию, подкрепленную латентными конфликтами в больнице, которая была запущена глубоко регрессивным поведением пациента. В моем функционировании на границе между пациентом и социальной системой больницы я бессознательно внес вклад в развитие соответствия между интрапсихической и социальной патологиями.

Теперь я думаю, что мне следовало быстро прояснить значение “отвратительного” мира “промышленных отходов” пациента, его бессознательные идентификации с жертвой и преследователем и проинтерпретировать его попытки по “расщеплению” персонала как способ экстернализации внутренне непереносимого напряжения

между двумя сторонами себя. Если бы я смог идентифицироваться с собственным удовольствием пациента по замарыванию мира его могущественного отца и если бы я не чувствовал себя настолько виноватым из-за своей идентификации с преследующим, "отвратительным" авторитетом, я мог бы использовать понимание этих примитивных объектных отношений в переносе жертвы и преследователя и попытаться уменьшить расщепление между Кларой и главной медсестрой, вместо того чтобы подыгрывать ему. Тогда было бы легче постепенно интерпретировать удовольствие пациента от "фекального восстания", его страх, что он будет разрушен отцом, мстительное превращение больницы в кучу экскрементов и идентификацию с отцом в контроле над больничным лечением.

Регрессивные групповые процессы в больнице

Поведение пациентов в терапевтической среде имеет тенденцию вызывать нарушения межличностных отношений среди больничного персонала, которые бессознательно воспроизводят в социальном окружении пациента интрапсихический мир его объектных отношений (Main, 1957). Как мастерски описывают Стэнтон и Шварц (Stanton and Schwartz, 1954), такие вызванные пациентами нарушения в социальной системе больницы активируют потенциальные социальные конфликты, существовавшие еще до вхождения пациента в эту систему, которые способствуют возникновению кругового процесса, когда интрапсихическая и социальная патология подкрепляют друг друга. Мы только что уже были свидетелями широко распростаненных последствий проективной идентификации. Проективная идентификация является главным фактором, с помощью которого пациент вызывает комплементарные идентификации в контрпереносе у больничных терапевтов и запускает межличностные конфликты у персонала, взаимодействующего с пациентом, и даже во всей социальной системе больницы в целом, что приводит к дальнейшему подкреплению контрпереноса терапевта и опасному усилению возможности отыгрывания его вовне.

Другой используемой здесь теоретической основой является подход с точки зрения психоаналитической теории открытых систем к групповым процессам в больших группах, возникающих в социальных организациях (Kernberg, 1976). Больничный психиатр пациента находится на границе между пациентом и социальной

системой больницы и, таким образом, в позиции лидерства по отношению к пациенту в больнице и для больницы по отношению к пациенту. Эта лидерская функция включает в себя, конечно, ориентированный на задачу аспект, исходящий от технического, профессионального и административного авторитета, но она также содержит примитивный "теневой", молчаливый, но мощный аспект — лидера потенциально регрессивной большой группы, которую представляет больничная среда (Turquet, 1975). Следующий аспект является еще более незаметным и присутствует всегда: это аспект разыгрывания роли во внутреннем сценарии патологических объектных отношений, активизирующихся и отыгрываемых в больнице. В качестве лидера этих двух реципрокных больших групп, взаимодействие между которыми происходит в его эмоциональных переживаниях, больничный терапевт склонен втягиваться в роли, являющиеся комплементарными к тем ролям, которые отыгрываются собственными переживаниями пациента и потенциальными процессами большой группы в больничной среде. Семейная патология пациента, спроецированная на его отношения с терапевтами и персоналом больницы, и латентные конфликты персонала больницы по поводу профессиональных, социальных и идеологических вопросов создают специфическую эмоциональную турбулентность вокруг каждого пациента. В качестве мишени для проективной идентификации пациента больничный терапевт может быть регрессивно искушаем отыгрывать доминирующие Я- и объект-репрезентации пациента и одновременно становиться потенциальным лидером регрессивной большой группы в больнице (Kernberg, 1984). Ясность или нечеткость административной структуры и делегирования власти в больнице, навыки и знания терапевта, его личность, его специфический контрперенос на пациента, его отношения с медицинским персоналом и руководством больницы, их соответствующие идеологии, — все это вносит свой вклад в создание специфической, естественной и противоестественной комбинации, усиливающей интрапсихическую патологию пациента в данной социальной системе и вызывающей отыгрывание доминирующих в социальной системе больницы конфликтов.

В других работах (1980, 1983) я уже имел дело с процессами в больших группах и их диагностическим и терапевтическим использованием в больничном лечении. Здесь я хотел бы подчеркнуть соответствие между регрессивными состояниями Эго пациентов и регрессивными процессами в больших группах в том, что они вы-

зывают у всех их участников “нарциссические” и “параноидные” реакции. Мы наблюдали синдром нарциссической отстраненности у каждого, кто был вовлечен в лечение Лусии. Мы наблюдали параноидное развитие в социальном окружении Ральфа. Процессы в больших группах имеют тенденцию приводить к тому, что группа становится самодовольной и склоняется к нарциссическому лидерству, или они превращают ее в активную “толпу”, движимую агрессивными импульсами по отношению к внешним врагам, ведомую параноидным лидером (Kernberg, 1983).

Возможно, наиболее разрушительным и драматическим является разложение моральных ценностей, которое обычно является частью регрессивных процессов, которые я описываю. Фрейд (Freud, 1921) впервые описал, как члены толпы проецируют идеал Эго на идеализируемого лидера. Результатом является устранение моральных ограничений, так же как и связанных с Супер-Эго функций самокритики и ответственности каждого из участников. В больших группах — в группах от 30 до 150 человек, которые еще могут общаться друг с другом (и поэтому еще не являются толпой), но не имеют (по крайней мере, в данный момент) функционального лидерства — проекция функций Супер-Эго на лидера, конечно, не может развиться (Turquet, 1975; Kernberg, 1980, Anzieu, 1985). Взамен этого происходит проекция примитивных функций Супер-Эго на саму группу. Вместо проекции зрелых функций Супер-Эго каждого индивидуального члена на группу в целом, члены большой группы склонны проецировать на группу минимальную, очень традиционную мораль. Ригидность и недостаток различительных характеристик данной традиционной морали создает генерализованный страх, “как могут отреагировать другие”, в то время как индивидуальные члены этих групп “освобождаются” от своих обычных, зрелых функций Супер-Эго и склонны пытаться “выйти сухими из воды”. Комбинация диффузной конвенциональности и сниженного индивидуального чувства ответственности создает условия для общего разложения преданности моральным нормам внутри группового сеттинга. Это является той основой, на которой самоизвиняющая групповая идеология, предлагаемая нарциссическим лидером, и рационализация агрессии, обеспечиваемая параноидным лидером, подкрепляют моральное разложение регрессивных больших групп.

Зиновьев (Zinoviev, 1984) описывает характеристики групп, чья эгалитарная идеология способствует проекции морального автори-

тета на группу в целом и, в конце концов, чтобы защитить их эгалитаризм, — на внешние "преследующие" властные фигуры. Он описывает распространенность в таких условиях карьеризма, эгоизма, забвения интересов дела, удовольствия от неудач других, тенденций группироваться против тех, кто лучше, поиска умилостивливающих жертв и потребности в авторитарном лидере, который мог бы быть медиатором угрожающих конфликтов внутри группы. Такие группы также демонстрируют негативное отношение к индивидуальности, дифференциации индивидов и смелости. Это описание, основанное на изучении эгалитарной структуры групповых процессов на фабриках, в школах и других социальных организациях в России, является драматическим отражением исследований психологии процессов в больших группах, которые проводились экспериментально Райсом (Rice, 1965), Турке (Turquet, 1975) и Анзье (Anzieu, 1984). Моя мысль состоит в том, что, принимая во внимание огромную потенциальную возможность разложения Супер-Эго в больших группах при регрессивных условиях, мы должны учитывать также и драматическую и опасную возможность отражения в больничной социальной системе специфической патологии Супер-Эго пациентов.

Проективная идентификация, таким образом, является мощной примитивной защитной операцией, способной вызвать мощные контртрансферентные реакции в форме комплементарной идентификации у терапевта и одновременно регрессивные групповые процессы в больничном сеттинге, непосредственно запуская латентные конфликты в социальной системе боьницы. Лидерские функции терапевта, активируемые, таким образом, в большой группе, создают условия взаимного подкрепления патологии пациента, патологии группы и контрпереноса терапевта, приводя в худшем случае к отражению внутри социальной системы социальной, семейной и интрапсихической патологии пациента. Если эта патология включает в себя значительные нарушения Супер-Эго, то потенциальное разложение социальной системы больницы может отражать и усиливать соответствующие аспекты интрапсихической патологии пациента.

12. ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ЕЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ПСИХОЗАХ

В настоящей главе моя главная цель состоит в том, чтобы проиллюстрировать, описывая лечение шизофренического пациента, изменчивость психотической идентификации, наблюдаемой в переносе, и проследить развитие чувства идентичности. В этом контексте я собираюсь подробнее поговорить о развитии и функциях механизма проективной идентификации, который мы обсуждали в предыдущих главах, и о природе очень регрессивных единиц Я-объект-аффект. Идеи Эдит Якобсон (Jacobson, 1964, 1971b) и мое собственное развитие этих идей (1976) создают теоретическую основу, в рамках которой я предлагаю следующую терминологию.

Я использую *интернализацию* как зонтичное понятие по отношению к построению интрапсихических структур, которое является результатом как действительных, так и фантазийных взаимодействий со значимыми объектами под воздействием производных влечений, представленных специфическими аффективными состояниями. Основная единица интернализации, по моему мнению, является диадической, состоящей из Я- и объект-репрезентаций в контексте специфического аффекта, представляющего либидинальные и агрессивные влечения. Я понимаю *интроекцию, идентификацию* и *формирование идентичности* как последовательно сменяющие друг друга в процессе развития уровни интернализации.

Интроекция, наиболее примитивная из них, возникает во время симбиотической стадии развития (Mahler and Furer, 1968; Mahler et al., 1975), когда Я- и объект-репрезентации еще не дифференцировались одна от другой; *идентификация* имеет место, когда Я- и объект-репрезентации отделились друг от друга, т.е. на стадии сепарации-индивидуации. *Формирование идентичности* относится к более общему интрапсихическому процессу интеграции либидинально и агрессивно заряженных Я-репрезентаций в целостное "Я" параллельно с одновременной интеграцией либидинально и агрессивно заряженных объект-репрезентаций в более широкую репрезентацию значимых объектов. Идентичность Эго

является результатом этого процесса. Он включает в себя как лонгитюдную временную, так и “поперечную”, “пространственную” интеграцию “Я”.

Идентификации являются в норме частичными или селективными: они подразумевают модификацию Я-концепции под влиянием объекта. В то же время повышение дифференциации между “Я” и объектом уже подразумевается при дифференциации между теми аспектами объекта, которые инкорпорируются, и теми, что нет. Идентификации имеют, таким образом, прогрессивные, или способствующие росту, функции.

Идентификация, которая в норме возникает во время развития, противоположна *психотической идентификации*, патологическому процессу, который может иметь место в любое время в контексте развития психотического процесса. Психотические идентификации отражают защитную регрессию к аспектам симбиотического этапа развития. Они характеризуются интернализацией объектных отношений, которые защитно повторно сливаются, включая повторное слияние полностью хороших Я- и объект-репрезентаций при доминировании реального или фантазийного удовлетворения в качестве защиты от ужаса аннигиляции, исходящего от параллельного повторного слияния полностью плохих Я- и объект-репрезентаций, которые отражают интернализованные объектные отношения при преобладании агрессии.

Важно отличать то, что происходит при нормальном симбиозе, от психотического процесса. В норме во время симбиоза полностью хорошие слитые Я-объект репрезентации исходят из удовлетворяющих отношений с объектом. Нормальные интроекции строят слитые или недифференцированные Я-объект репрезентации отдельно в либидинально заряженных и агрессивно заряженных отношениях с объектом. Напротив, защитное разрушение или избегание объектных отношений и защитное размывание границ между “Я” и “не Я” с последующей потерей проверки реальности характерны для психоза, а не для нормального симбиоза. При нормальном симбиозе отношения младенца и того, кто о нем заботится, консолидируются; при психозе повторно слитые Я-объект-репрезентации имеют фантастический характер и подразумевают отход от объектных отношений в реальности. В сущности, психотическая идентификация — это защита от ужаса аннигиляции.

С моей точки зрения, психотические идентификации включают в себя два механизма: *психотические интроекции*, характеризуемые

защитным повторным слиянием полностью хороших Я- и объект-репрезентаций, что грозит разрушением “Я” вследствие защитного перемешивания между этими Я- и объект-репрезентациями (Jacobson, 1964), и *проективные идентификации*, представляющие собой попытки ускользнуть из невыносимого мира агрессии, внутри которого “Я” и объект больше не могут быть дифференцированы. Я уже высказывал предположение (гл. 10), что проективная идентификация может являться средством, с помощью которого страдающий младенец пытается дифференцировать себя от объекта в условиях негативных пиковых аффектов. Нормальная интроекция, напротив, способствует когнитивной дифференциации младенцем себя от объекта. Экстремальные состояния удовольствия устанавливают полностью хорошую недифференцированную Я-объект репрезентацию, внутри которой составляющие ее “Я” и объект будут затем постепенно дифференцированы, как только к этим переживаниям будет привлечено повышенное внимание; экстремальные состояния неудовольствия мотивируют попытки ускользнуть от этого неудовольствия или устранить его, поместив его источник “вовне”, создавая в этом процессе полностью плохие Я-объект репрезентации. Здесь так же “Я” и объект, таким образом, постепенно дифференцируются.

Попытка устранить во время нормального симбиоза полностью плохие отношения подразумевает не только попытку дифференциации, но также и создание потенциально опасной внешней реальности, которая, поскольку она опасна, нуждается в контроле во избежание “преследования”. Здесь возникает потенциальное искажение внешней реальности, так что примитивные проективные механизмы несколько напоминают регрессивные проективные процессы при психозе. Напротив, более адаптивные проективные механизмы, встречающиеся в невротической структуре, не направлены на контроль объектов проекции.

Поэтому, как уже было сказано в 10-й главе, я выделяю наиболее раннюю или наиболее примитивную форму проекции, *проективную идентификацию*, и оставляю термин *проекция* для более адаптивных, поздних форм этой защиты. Я использую термин *проективная идентификация* вместо *психотической проекции*, поскольку первый является более общепринятым, даже если последний, возможно, более точен дескриптивно. Нормальный ранний проективный механизм и те механизмы, которые мы наблюдаем как в психотической, так и в пограничной психопатологии, практически идентичны. Тем самым

мы оправдываем термин *проективная идентификация* — как для нормальной, так и для патологической ранней проекции; а термин *проекция* наиболее часто описывается характеристиками, соответствующими более поздним, более адаптивным формам этого механизма, наблюдаемым при невротических расстройствах. Напротив, нормальная интроекция и психотическая интроекция клинически отличаются друг от друга; психотическая интроекция в действительности наблюдается только при психозах. Поэтому я говорю об интроекции как о нормальном процессе, а о психотической интроекции как о ее психотическом аналоге.

Как уже было упомянуто в главе 10-й, я считаю, что проективная идентификация не обязательно является психотическим механизмом, если не использовать термин *психотический* как синоним “примитивного”, с чем я не согласен. Если проективная идентификация возникает у пациентов с психотической структурой, она представляет собой последнюю попытку дифференцировать себя и объект, установить границу между “Я” и объектом с помощью всемогущего контроля над последним. Проективная идентификация — это попытка пациента избежать полной потери себя, что приводит к психозу. Без обращения к проективной идентификации пациент попадет в состояние спутанности, в котором он уже не будет знать, исходит ли агрессия изнутри или извне.

У пациентов с пограничной организацией личности, у которых границы между Я- и объект-репрезентациями и между “Я” и внешними объектами хорошо дифференцированы, проективная идентификация выполняет другие функции. Это примитивная диссоциация или расщепление между полностью хорошими и полностью плохими состояниями Эго, которое [диссоциацию или расщепление] пациент пытается поддерживать. У пациентов с пограничной организацией личности проективная идентификация ослабляет способность дифференцировать “Я” и внешние объекты, производя “обмен характерами” с объектом, так что нечто внутренне невыносимое теперь представляется исходящим извне. Такой обмен между внутренним и внешним опытом обычно ослабляет проверку реальности в сфере обмена, но пациент сохраняет некую границу между проецируемыми частями и переживанием своего “Я”.

При психозе преобладают психотические идентификации, в том числе психотические интроекции и проективная идентификация. Эти процессы ведут к бредовому искажению или к воссозданию внешних объектов, к патологическим попыткам контролировать их

в рамках общего контекста потери проверки реальности, происходящей в результате потери границ Эго, что вызвано перемешиванием “Я” и объекта. Психотические идентификации, как я говорил раньше, означают регрессию к аномальной симбиотической фазе. Они приводят к уничтожению “Я” под влиянием психотической интроекции и к разрушению мира объектов под влиянием проективной идентификации (Jacobson, 1964). Конечной причиной активации психотических идентификаций является вспышка чрезмерной агрессии, запускающая защитное повторное слияние полностью хороших Я- и объект-репрезентаций и активирующая проективную идентификацию, чтобы справиться с угрожающим проникновением агрессии во все интернализованные объектные отношения.

Важным последствием данного процесса является глубокое чувство потери или распыления идентичности при психозе, феномен обычно скрытый, когда психотические переносы становятся активными (истинные переживания слияния в переносе), что отражает неспособность пациента дифференцировать Я- и объект-репрезентации. Только если психотический перенос разрешается, становится явной проблема потери чувства идентичности у психотического пациента и борьба за ее восстановление. Следующее ниже описание случая иллюстрирует некоторые из этих аспектов процессов идентификации при психозе, включая проявление борьбы по поводу чувства личной идентичности, когда разрешается психотический перенос.

Пациентка, которую я собираюсь описать, удовлетворяет тому, что Майкл Стоун (Stone, 1983) считает позитивными критериями для интенсивной психотерапии с психотическими пациентами. Это способность к отношениям, структура характера, лишенная намека на антисоциальные черты, психологичность, средний или выше среднего интеллект. Кроме того, тот факт, что мои первоначальные контакты с пациенткой имели место до ее психотического срыва, возможно, благотворно сказался на ее лечении.

Г-жа Н.

Г-жа Н., привлекательная молодая женщина двадцати с небольшим лет, была направлена ко мне врачом-терапевтом, у которого консультировалась по поводу разнообразных соматических жалоб,

для которых не было найдено никакой органической основы. Она также жаловалась на растущее чувство смятения и потери цели в жизни. Ее история не говорила о какой-либо серьезной психопатологии — родители были заботливыми и принимающими, мать более контролирующей (иногда очень доминирующей), отец — более пассивным. Г-жа Н. была хорошей ученицей, умной, общительной, может быть, немного упрямой. После окончания колледжа она успешно работала на должности, требующей значительной ответственности и контакта с людьми. Первые признаки неблагополучия проявились у нее вскоре после женитьбы одного из трех ее младших братьев.

Примерно за два года до нашего первоначального интервью г-жа Н. по причинам, которых она не объяснила мне, покинула работу и начала психотерапию с д-ром Р., который, подчеркивала г-жа Н., "спас" ее от того, что оказалось скучной и неудовлетворительной профессией, вдохновив на занятия живописью и декоративным искусством, на повышение осознания своего тела с помощью особого типа расслабляющих упражнений.

Г-жа Н. говорила об отношениях с несколькими мужчинами, и эту область своей жизни она описывала так путанно, что я ничего не смог понять. Она, в ответ на мои вопросы, сказала, что всегда чувствовала себя очень эротичной, но специально не реагировала на мужчин. Она интересовалась мужчинами, но не привязывалась к ним. Она сказала, что у нее были сильные эротические чувства к д-ру Р., но она никогда не могла обсудить их с ним, так же как и свои сексуальные трудности. Она сказала, что эти чувства явились причиной прекращения лечения у него, и вопреки его совету она решила пройти тренинг по "телесному осознанию" в удаленном городе.

Этот четырехмесячный тренинг, который закончился за несколько месяцев до ее первой консультации со мной, вызвал у г-жи Н. возрастающее чувство смятения. Она считала, что женщина, проводившая тренинг, пыталась побороть ее волю и ум, "растереть меня, чтобы я забыла, кто я; так чтобы она смогла построить меня вновь". Она говорила, немного путано, что руководительница тренинга в невообразимо ужасной попытке вторгнуться в ее душу повторила то, что она описывала как материнское доминантное, контролирующее, инфантилизирующее поведение. Она никогда не могла сказать, "кто был сумасшедшим" — она сама или ее мать. Образы отца пациентки и ее трех братьев, которые

возникли у меня, были крайне расплывчаты, но образ ее контролирующей матери оказался достаточно ясным.

На последующих интервью она произвела на меня впечатление человека, теряющего контакт с реальностью. Она израсходовала все свои деньги, сбережения за четыре года, после того как покинула работу, и теперь с трудом могла дифференцировать потерю денег и потерю способности думать о том, что происходит с ней в жизни. Она думала, что у нее есть трудности в передаче своих чувств окружающим, но не могла прояснить, в чем состоят эти проблемы в общении.

Пациентка демонстрировала некоторую тревогу и, временами, гнев, когда говорила о манипулятивном поведении других людей, особенно своей матери. Когда я поделился с ней своими наблюдениями о ее путаной манере речи, она стала более дезорганизованной, таким образом демонстрируя явно недостаточную способность к пониманию обычных социальных критериев реальности и потерю проверки реальности в нашем взаимодействии.

Дальнейшее исследование ее сексуальной жизни привело к расплывчатым замечаниям о ее сексуальном возбуждении от женщин, так же как и от мужчин, иногда с матерью, но подтвердило, что она в основе своей гетеросексуальна. Г-жа Н. отрицала наличие галлюцинаций или бреда, но сказала, что обладает повышенной чувствительностью к окружающему: предчувствует, когда зазвонит телефон, знает пол, возраст и род занятий людей, даже если они подходят к ней сзади. Она не могла объяснить эту способность, которая и пугала, и возбуждала ее. Она чувствовала, что эта способность подразумевает перемену в ее теле и психической деятельности, за которые она не отвечает. Эта перемена в ее психической деятельности служила в то же самое время и главным источником тревоги.

На всем протяжении диагностических интервью г-жа Н. была все более беспокойной и подозрительной. Она видела во мне “традиционного психиатра”, не такого, как свободный, открытый и “не принадлежащий к истеблишменту” д-р Р. Она боялась, что я буду принуждать ее к вербальному общению, в то время как она, в действительности, чувствовала, что нуждается в улучшении телесного общения; только через искусство и тренинги проходит дорога к психологическому освобождению. До того как я попытался начать лечение, г-жа Н. решила прекратить сеансы, хотя для себя я уже сформулировал диагноз шизофренического заболевания па-

циентки и подчеркнул необходимость дальнейшего обследования и лечения.

Несколько недель спустя ее встревоженные родители попросили меня посмотреть ее, так как состояние их дочери серьезно ухудшилось. Когда я встретился с ней вновь, уровень ее тревоги был очень высок, речь затруднена. Она описывала мне нечто, что я воспринял как бредовое мышление и галлюцинаторные переживания. Она чувствовала, что ее физическая энергия заблокирована и в то же самое время выходит из ее тела через шею в голову и окружающую среду, так что у нее появилась повышенная чувствительность по всем стимулам — в такой степени, что это вызывает у нее смятение. Ее детальное описание потока энергии в теле имело явно бредовый характер, и несколько раз у нее появлялись слуховые галлюцинации. Она не демонстрировала существенных колебаний настроения; сенсорные и когнитивные расстройства явно преобладали над аффективными.

Г-жа Н. приняла мою рекомендацию о госпитализации. Как только диагностическое заключение о шизофреническом заболевании недифференцированного типа было подтверждено, врачи решили лечить пациентку комбинацией нейролептиков (тиотиксен, до 40 мг в день), больничной терапией средой и психоаналитической психотерапией, которую выполнял я. Больничный психиатр, д-р С., продолжал контролировать медикаментозное лечение, когда пациентка смогла перейти в дневной стационар. Он также нес ответственность за практические решения, влияющие на ее повседневную жизнь, отношения с родителями и любые другие решения, которые могли бы способствовать ее психотерапевтическому лечению. Через шесть недель пациентка была переведена в дневной стационар и общежитие при больнице (halfway house), где оставалась около шести месяцев, до того как выписалась. Она продолжала психотерапию со мной и еженедельные контрольные встречи с д-ром С.

Из-за развития экстрапирамидных симптомов тиотиксен был вначале понижен в дозировке, а затем сменен на тиоридазин в дневной дозе 300 мг, которая была постепенно сокращена в течение последующих шести месяцев до 150 мг, а в последующие пять месяцев — до 50 мг в день. Воздействие нейролептиков было разительным. За шесть недель тревога и возбуждение г-жи Н. намного уменьшились. В последнюю неделю своего пребывания в больнице она уже больше не была возбуждена, только умеренно

встревожена и, хотя по-прежнему ощущала потоки энергии и блоки, эти мысли имели менее принудительный характер. Произошло заметное ослабление ее ощущений сенсорной гиперстимуляции и физических симптомов. Г-жа Н. реагировала на первоначальное снижение дозировки тиоридазина возрастающим возбуждением и тревогой, но последующие снижения не вызывали тревоги или беспокойства. Наоборот, пациентке было приятно, что она больше не чувствует мышечного напряжения или умственной "тупости", которые она приписывала действию медикаментов.

Первый год психоаналитической психотерапии

Во время первого месяца лечения г-жа Н. была госпитализирована в психиатрическое отделение. Содержание наших сеансов было наполнено ее ссылками на энергетические потоки, проходящие через позвоночник к голове и далее, в пространство, ссылками на "блоки" на пути этих энергетических потоков и разнообразные соматические симптомы, возникновение которых она связывала с этими блоками. Я рассматривал эти заявления как свидетельства ее ощущения потери границ между собственной личностью и внешней реальностью. При этих ссылках на растворенную в ее теле энергию возникала атмосфера интенсивной эротизации, выражавшаяся в ее соблазняющем отношении и эксгибиционистской демонстрации своего тела, при которых она также проявляла сильную тревогу и возбуждение. Любые вопросы, которые я задавал по поводу того, что было таким пугающим в этих переживаниях, сразу же переключали внимание г-жи Н. на женский сестринский персонал, который она обвиняла в садизме и контроле. Она горько жаловалась, что я обманул ее доверие, госпитализировав в эту тюрьму, которой правят женщины-мучительницы.

Мои первоначальные попытки прояснить ее страхи по поводу того, что энергия тела может рассеяться и выйти из-под контроля, усиливали ее возбуждение (ажитацию). Она считала, что, пытаясь помочь ей вытерпеть энергетические потоки и потерю энергии, я пытаюсь сексуально соблазнить ее, что предаст ее в руки сестринского персонала в качестве наказания за защитные сексуальные отношения со мной. Она отрицала наличие у себя сексуальных чувств ко мне, и было ясно, что она рассматривает любой вопрос о ее сексуальных чувствах как попытку сексуального соблаз-

нения с моей стороны. Я полагал, что представляю для нее сексуально соблазняющего отца, пытающегося скрыть свое желание изнасиловать дочь, обвиняя ее в сексуальных авансах по отношению к нему перед разъяренной, карающей матерью (представленной сестрами). Но когда я пытался поделиться этой идеей с г-жой Н., ее возбуждение, отрицание и ужас возрастали. По ее мнению, я пытался свести ее с ума и передать сестрам, разговаривая с ней о сексе. Думаю, что этот эпизод иллюстрирует временно дезорганизующий эффект при интерпретативном подходе по отношению к активации проективной идентификации.

В то же время любые попытки выяснить, не является ли ее озабоченность движениями энергии в теле воображаемой, также вели к возрастающим тревоге, возбуждению и ярости. Другими словами, пациентка не могла вынести моего указания на любые различия между ее и моими взглядами — любой угрозы слиянию ее "хороших" образов себя и меня в остающейся у нее области доверия ко мне и опоры на меня. Так что я решил просто сидеть и слушать, заняв позицию нейтрального и благожелательного наблюдателя. После чего г-жа Н. изредка стала тепло улыбаться и выражать свое одобрение моему присутствию. Такие фрагментарные моменты, однако, быстро сменялись новым появлением затруднений в речи и описаниями энергетических потоков. Г-жа Н. также демонстрировала слуховые галлюцинации, макропсию и микропсию.

Затем интенсивность ее эротического поведения, ее ярость и подозрительность уменьшились, ее речь стала более связной.

Г-жа Н. теперь посещала дневной стационар, переехала в общежитие при больнице и стала способна приходить в моей кабинет на сеансы, большую часть которых страстно жаловалась на плохое отношение со стороны медсестер и д-ра С., ее больничного врача, которые заставляли ее страдать. Эти жалобы постепенно кристаллизовались в описание больницы как садистского учреждения для контроля и репрессий. Она сказала, что глубоко разочаровалась во мне за то, что я передал ее в руки безжалостной шайки сестер и докторов.

Я полагал, что теперь она выражает свой страх и ярость перед комбинированным образом отца-матери в более реалистических терминах и более непосредственно адресуется к реалистическим аспектам своих родителей, как она их воспринимала. В то же время она пыталась уберечь свои отношения со мной, видя во мне относи-

тельно невинную, сбитую с толку жертву родительской идеологии. Это было связано с моим медицинским происхождением и образованием. Когда я попытался поделиться этими мыслями с ней, говоря, что она пытается сохранить хорошие отношения со мной, отделяя меня от прочего больничного персонала, избегая таким образом пугающего ее восприятия меня как личности, обладающей чертами обоих ее родителей, г-жа Н. стала более тревожной, но не пришла в состояние большей путаницы. Впервые, казалось, она смогла выдержать интерпретации без немедленной регрессии к спутанному мышлению. Действительно, были моменты, когда она улыбалась, как бы признавая, что мой отказ выделить себя из прочего больничного персонала был честным поступком с моей стороны.

Г-жа Н. начала говорить о своем прежнем терапевте, д-ре Р., описывая то, как он стимулировал ее вхождение в мир искусства и телесное самовыражение, как свободен и открыт он был по отношению к сексуальным вопросам, побуждая ее вступать в отношения с мужчинами, не будучи настолько связанной традиционными моральными ограничениями. Когда я пытался связать то, что она говорила, с ее страхом, что я соблазню ее и передам сестринскому персоналу, и когда я напоминал ей, что она никогда не обсуждала свои сексуальные проблемы с доктором Р., г-жа Н. становилась возбужденной и дезорганизованной и злобно обвиняла меня в попытках оклеветать д-ра Р. Короче говоря, она показывала, что должна отрицать этот аспект ее взаимоотношений с д-ром Р. и должна поддерживать расщепление между своей параноидной реакцией на меня и своей идеализацией его, чтобы избежать психотического ощущения спутанности. Она боялась потерять контроль над своими опасными сексуальными импульсами к нам обоим как отцовским образам.

Любопытная спутанная серия сеансов длилась на протяжении двух месяцев. Пациентка постоянно фокусировалась на том, как она справляется со своей повседневной жизнью, и отрицала любые аспекты внутренней фантазийной жизни. Она обвиняла меня в попытках “реабилитировать”, “переобучить”, “ресоциализировать” ее. В действительности, она делала то, что казалось мне разумным использованием усилий сотрудников дневного стационара и ее больничного психиатра помочь ей в адаптации к жизни в местном обществе.

Я пытался пояснить, что, хотя и был согласен с этими текущими решениями, это не значит, что у меня есть какой-либо долгосрочный мастер-план для нее — о том, что она собирается сделать в своей жизни. Но г-жа Н. гневно обвинила меня в нечестности. Почему же я не могу открыто признать, что это мои собственные идеалы?

В конце концов, я пришел к выводу, что реальный вопрос был лишь поверхностно связан с этой явной темой: в действительности пациентка озабочена тем, что никак не может защитить себя от какого бы то ни было плана ее жизни, который предложил бы ей д-р С., персонал дневного стационара или я, поскольку мы полностью контролируем ее мышление. Стало ясно, что г-жа Н. не может отделить своего мышления от моего. Так, она чувствовала, что если я буду спорить с ней на сеансе, то мой гнев наполнит и ее душу гневом, мы вступим в схватку и она больше не сможет дифференцировать себя от меня. Пациентка теперь могла вербализовать свое ощущение, что любые ее сексуальные чувства ко мне повлекут за собой немедленную активацию аналогичных чувств у меня и приведут к разрушительной оргии.

Страх г-жи Н. перед смешением себя и меня впервые стал заметен, когда, будучи вовлечен в небольшой спор по поводу философии ее повседневной жизни, я поймал себя на том, что полностью запутался, кто что сказал, так что я даже не мог выяснить для себя самого после сеанса, о чем же мы говорили. Можно сказать, что в ответ на ее психотическую идентификацию со мной и связанное с этим размывание границ между ее Я-репрезентациями и репрезентациями меня моя конкордантная идентификация с ней в контрпереносе вызывала у меня соответствующую временную потерю дифференциации между собой и ею. Любая попытка сохранить эмпатию с субъективным опытом, о котором она рассказывала, немедленно приводила меня к ощущению спутанности и параличу моего собственного мышления.

Я обнаружил: г-жа Н. чувствовала, что обязана следовать каждой букве "инструкций по здоровой жизни", которые могли ей давать д-р С. (в реальности) или я (в ее фантазии). Эти инструкции путали ее и рождали чувство, как будто у нее нет собственной идентичности. Она чувствовала себя автоматом, поведенческой машиной, контролируемой волей д-ра С. и моей, она проецировала собственный процесс принятия решений на нас и в то же самое время воспринимала нас и себя как единое физическое целое.

Я считаю, что этот процесс иллюстрирует механизм психотической интроекции, который наряду с проективной идентификацией характеризует психотические идентификации.

Как только я стал осознавать, что главным страхом пациентки на сеансах является страх перед проникновением в ее ум моих мыслей и желаний, я смог высказать эти страхи. Г-жа Н. тут же подтвердила, что это именно то, чего она опасается. Она также пояснила, что находила очень поддерживающими мои указания на различия между тем, как она воспринимала меня на сеансах и как я воспринимал себя. Вопрос состоял не в том, чтобы убедить друг друга, но в том, чтобы признать различия в восприятии реальности. Дальнейшее исследование этих вопросов привело к моментам, когда г-жа Н. в действительности повторяла то, что я говорил прежде, как будто бы она сама сказала это, и также приписывала мне высказывания, которые делала сама. Спутанность между нею и мной как следствие массивных интроективных и проективных процессов была в эти часы разительна; казалось, что ее главная задача состояла в отделении своего мышления от мышления д-ра С. и моего.

В то же время произошло заметное ослабление эротической атмосферы на сеансах и внезапное подавление любого сексуального поведения и фантазий. Г-жа Н. стала одеваться в не подходящем ей детском стиле, производящем впечатление асексуальности, в ярком контрасте с ее прежним обликом. Она также, казалось, приобрела чувство безразличия к себе, как будто просто выполняла задания по “приспособлению” к внешней жизни. Только иногда она внезапно фиксировала на мне пристальный взгляд, который я воспринимал как сексуально соблазняющий, но это было настолько оторвано от остальных наших взаимодействий, что проходило, прежде чем я успевал ясно осознать.

Приблизительно через шесть месяцев г-жа Н. покинула дневной стационар и общежитие, переехала на квартиру, и ее жизнь во внешнем мире приобрела нормальный характер. Она нашла себе работу, соответствующую ее способностям, но в ее занятиях со мной произошла заметная перемена. Лучше всего я мог бы описать то, что произошло, как процесс опустошения. Она говорила монотонно, без убежденности и глубины, о поверхностных отношениях, которые устанавливала на работе и в социальной жизни. Все сколько-нибудь сильные агрессивные, сексуальные или зависимые чувства, казалось, потеряли для нее свою значимость. Она

не только выглядела сонной, но иногда, казалось, почти засыпала на сеансах. Однако, согласно информации д-ра С. и тому, что г-жа Н. сама рассказывала о себе, она вела себя вполне бодро в своем повседневном взаимодействии с окружающими.

Я также чувствовал себя сонным на наших занятиях так сильно, как никогда раньше. С моей стороны, как я думаю, это было реактивное отстранение. Поскольку эти сеансы перемежались краткими моментами, когда г-жа Н. пристально смотрела на меня эротически, я делал комментарии о том, что она отстраняется от любого контакта со мной, чтобы избежать возникновения сексуальных чувств, что может вызвать опасность сексуального ответа с моей стороны и пугающее проявление ее страхов перед сексуальным нападением со стороны отцовской фигуры. Я думал, что моя собственная сонливость была частично защитой против интенсивных эдиповых чувств в контрпереносе и, вследствие конкордантной идентификации, отражением защитной отстраненности пациентки от сексуальных импульсов, кристаллизовавшихся в стереотипной эдиповой форме.

Она сразу же заговорила о страхе, что если бы испытывала и выражала сексуальные чувства к д-ру Р., ее прежнему психотерапевту, он бы сексуально отреагировал на это и вызвал бы у нее переживание сексуальных отношений с отцом. Этот удивительно прямой ответ на мои интерпретации, однако, был тут же потоплен в том, что можно назвать морем сонной бессмыслицы, и не оставил никаких следов на сеансах в последующие дни и недели. Поэтому я сосредоточился на самой пустоте. Когда г-жа Н. однажды спросила меня, не засыпаю ли я, то я ответил, что борюсь с тем, чтобы не заснуть; легче заснуть, чем столкнуться с ощущением полной пустоты на наших встречах. Я согласился с ней, что занятия кажутся пустыми, и поинтересовался, не происходит ли это от ее старания рассказать мне, что она чувствует себя полностью потерянной и брошенной в запутанном ландшафте бесконечных скрытых пространств. Действительно, как я и говорил, у меня был очень конкретный образ бесконечной ледяной поверхности и всеокружающего тумана. Г-жа Н. приняла этот образ как соответствующий ее собственным переживаниям, и мы, говоря об этом, оба внезапно почувствовали себя пробудившимися.

Этот инцидент инициировал период исследования ее чувства жизни от одной эмоциональной реакции к другой без всякого ощущения преемственности, без всякого ощущения, что она — дей-

ствительно человек, проживающий этот опыт. Я считаю, что ее ощущение отсутствия желаний и инициативы иллюстрирует потерю ощущения себя, Эго-идентичности. Она могла глядеть на себя и описывать то, что переживает в данный, конкретный момент, но чувствовала, что центральное лицо при сведении всего этого вместе отсутствует. Я сказал, что понимаю, о чем она говорит, и добавил, что это как будто внутри нее никто не заботится о ней, не заинтересован в ней, так что она живет в таком искусственном состоянии покоя, которое скрывает тот факт, что это естественное заботливое лицо отказалось от области ее внутренней жизни. А она даже не может тревожиться об этом. Г-жа Н. сказала, что чувствует: я понял ее. Мы оба стали способны выдерживать это переживание без бегства в сонную отстраненность.

Я думаю, что данная стадия ее лечения иллюстрирует то, что можно рассматривать как потерю идентичности при психозе — состояние, обычно маскируемое доминированием примитивных частичных объектных отношений в переносе. Пустое пространство диффузной идентичности населено, если можно так сказать, психотическими переживаниями слияния. Другими словами, психотические идентификации маскируют болезненное отсутствие интегрированного переживания самой себя. Г-жа Н. могла теперь очень полно выразить свое ощущение, что она больше не тревожится о себе, что она не знает, чего хочет, что у нее нет желаний, нет инициативы и что она даже не способна беспокоиться из-за отсутствия этих функций, которые помнила по прошлому опыту. Когда я заметил, что это было как если бы она сама и я оставили ее одну в те периоды, когда я казался сонным, г-жа Н. сказала, что она больше не беспокоится по поводу схожести своих и моих переживаний, что, как я понял, означало, что она меньше боится спутанности между собой и мной. Я признал это и сказал ей также: это означает, что она становится способной выносить собственную внутреннюю спутанность. В то же время, добавил я, в своем переживании безопасного отличия от меня она также чувствует себя очень одинокой.

После этого сеанса пациентка принесла газетную статью о “лежании на руках”, добавив что-то о влиянии излучения, возникающего в теле. Я предположил, что она проверяет, способен ли я принять ее собственные прошлые переживания энергии, истекающей из ее тела, что означает, что я способен выдержать ее “безумные” переживания. Г-жа Н. со смехом признала, что ей было

бы приятно, если бы я также запутался в том, что было научной реальностью, а что — “безумием”.

За этим последовала повторяющаяся цепь событий, которые в конце концов стали предсказуемыми. Сеансы, на которых г-жа Н. чувствовала, что я понимаю ее ощущение изоляции и пассивности, сменялись сеансами, на которых она осмеливалась вкратце говорить о своих страхах перед обсуждением сексуальных вопросов, страхах, которые могут быстро развиться в фантазии о сексуальном соблазнении меня, и убеждении, что я отреагирую на такую соблазнительность сексуальным нападением. Эта последовательность переживаний сменялась интенсивной тревогой и ощущением спутанности у г-жи Н. по поводу того, насколько эти мысли были фантазиями обо мне. Эти сеансы, в свою очередь, сменялись “пустыми” сеансами, в которых она опять выглядела отчужденной и дистанцированной, эмоционально недоступной, и я ощущал недостаточность какого бы то ни было значимого материала. Цикл повторялся в течение трех месяцев, причем пациентка все более осознавала циклический характер этого процесса.

Затем она вернулась к более ранней теме, обвиняя меня в том, что я слишком прямолинеен и правилен, не одобряя ее желания и фантазии о свободной и промискуитетной половой жизни и т.д. Повторение ее наиболее ранних взаимоотношений со мной, казалось, происходит на более ориентированном на реальность, менее дезорганизованном уровне. Но теперь я мог интерпретировать эти желания бегства и ее образ меня как защиту от ее пугающих фантазий о сексуальной увлеченности мною как ее отцом. Такие интерпретации больше не приводили к ее грубой дезорганизации на сеансах.

Я понял, что обвинения г-жи Н. служили установлению границы между нами, “психической кожи”, если так можно выразиться. Они были также остатком ее спутанности между собой и мной, проработкой ее психотических идентификаций.

Обсуждение

В ходе психоаналитического лечения, когда аналитик сообщает пациенту свои наблюдения не только по поводу поведения пациента, но и по поводу его самосознания, границы этого самосознания расширяются, включая в себя восприятия, сообщаемые

аналитиком. Я-репрезентации пациента также становятся более сложными, включая в Я-концепцию аспекты саморефлексии, которые были фокусом внимания аналитика и воспринимаются пациентом путем идентификации с ним.

Я предполагаю, что "Я" всегда включает два уровня или, скорее, то, что можно представить как центральную сферу Я-репрезентаций и окружающую сферу саморефлективности, исходящей из идентификации с наблюдающей и озабоченной матерью в первоначальных диадических взаимоотношениях, когда Я- и объект-репрезентации дифференцируются друг от друга. Это можно также описать как двойственную природу "Я" как группы функций Я-репрезентаций: одна группа сосредоточена на дифференциации "Я", другая — на сохранении наблюдающих функций родительских образов, интернализованных "Я".

Чего недостает при психозе вследствие недостаточной дифференциации между Я- и объект-репрезентациями, так это не только проверки реальности, но также и способности к самосознанию, в норме исходящей из ранней идентификации с дифференцированным объектом. Моя пациентка драматически проиллюстрировала это состояние дел, когда несмотря на затушевывание ее примитивных, аффективно заряженных интернализованных объектных отношений в переносе недостаточная дифференцированность ее Я- и объект-репрезентаций так ясно демонстрировалась путаницей между ее собственным и моим мышлением. В то же время у нее было ощущение полного одиночества и брошенности, без какой-либо заботы о себе или центрального осознания себя как личности.

Обычно интенсивная активация примитивных объектных отношений в психотическом переносе полностью оккупирует поле аналитической эксплорации при недостаточности интегрированной Я-концепции, лежащей в ее основе. Но когда происходит относительное ослабление активации интенсивных примитивных аффективных состояний, как это произошло с г-жой Н., когда та находилась под интенсивным лекарственным воздействием на ранней стадии лечения, то становятся заметными подспудные структурные характеристики невозможности дифференцировать "Я" и объект, а также болезненная потеря чувства идентичности, представленная отсутствием "окружающей сферы" саморефлексивности.

Я также хочу добавить, что борьба пациентки с болезненным для нее ощущением спутанности и контролируемости садистскими родительскими авторитетами, фантазии соблазнения в отношении

родительского образа оставляли ей две альтернативы. Она могла или усилить ощущение спутанности путем полной фрагментации всего интрапсихического опыта, или, путем отстранения от эмоциональной ситуации в полную изоляцию, быть обреченной на столкновение с ощущением потери интегрированного образа себя, того, что можно было бы назвать "самоудерживающей" (self-holding) функцией Эго-идентичности: нормальной идентификацией с отцовским или материнским отношением к собственному "Я", которое является частью двухуровневой структуры "Я", описанной мной.

Пациенты с пограничной организацией личности также имеют недостаточно интегрированную Я-концепцию, синдром диффузной идентичности. У них, однако, этот синдром служит защитным функциям — функциям избегания разрушения агрессивно заряженными интернализованными объектными отношениями либидинально заряженных. Саморефлективная функция Эго-идентичности также отсутствует у пограничных пациентов. Не потому, что у них нет способности к саморефлексии, но из-за защитного расщепления противоречивых аспектов Я-репрезентаций в узком смысле слова. В каждом из взаимно диссоциированных состояний Эго пограничных пациентов существует способность к саморефлексии. Интерпретация присущих им механизмов расщепления позволяет пограничным пациентам интегрировать саморефлексивность в качестве первой фазы интеграции Я-концепции.

Пограничный пациент в результате интерпретации может начать осознавать противоречивые аспекты своих переживаний поведения или мышления и болезненно столкнуться со своими конфликтами вокруг амбивалентности. Психотический пациент, наоборот, не обладает способностью к саморефлексии. Спутанность между Я- и объект-репрезентациями маскирует недостаточность саморефлексивной функции. Если пациент начинает выдерживать упоминание о различиях между ним и терапевтом, может возникнуть ощущение одиночества и отсутствие ощущения заинтересованности в нем. Это одиночество отличается от одиночества, отражающего депрессивное переживание брошенности и вызванное чувством вины ощущение потери отношений с "хорошими" внутренними и внешними объектами. Депрессивное одиночество возникает только при дальнейшей интеграции частичных объектных отношений в целостные, на более поздней фазе психоаналитической терапии с психотическими пациентами, характеризующейся интеграцией

полностью хороших и полностью плохих интернализованных объектных отношений.

Первой психотерапевтической задачей при работе с тяжело регрессировшими психотическими пациентами, особенно с шизофреническими пациентами, утратившими способность к обычной вербальной коммуникации, требующими оберегающего лечения в больничных условиях и обладающими очень слабым пониманием реальности, является установление значимого контакта. В терминах Сирлза (Searles, 1961), терапевт способствует превращению состояний “вне контакта” в примитивные переносы на любом уровне регрессии, в рамках которых примитивные защитные операции — в частности, проективная идентификация, психотическая интроекция, всемогущий контроль, крайние формы расщепления или фрагментации и отрицание — становятся преобладающими. Эти примитивные переносы на симбиотическом уровне включают полное раскрытие психотических идентификаций пациента.

Способность пациента к постепенному переживанию интенсивных полностью агрессивных, полностью сексуализированных или полностью экстатических эмоциональных состояний может сигнализировать о развитии способности к симбиотическим переносам, в рамках которых Я- и объект-репрезентации становятся неразделимыми, но которые можно отделить друг от друга по признакам доминирующих аффектов. Расщепление теперь делает возможным диссоциацию взаимно противоположных аффективных состояний и соответствующих им недифференцированных объектных отношений. В этих условиях способность к саморефлексии все еще отсутствует, “окружающая сфера” структуры “Я” полностью недоступна, а “центральная сфера” фрагментированных Я-репрезентаций еще не дифференцирована от соответствующих объект-репрезентаций. Здесь, короче говоря, проблемы идентичности еще нерелевантны.

На второй стадии лечения психотических пациентов или психотических пациентов, пришедших на лечение с интенсивными примитивными переносами под влиянием взаимно диссоциированных агрессивных и примитивно идеализированных объектных отношений главной задачей является постепенное укрепление способности пациента выдерживать слияние и путаницу, а затем — помощь в дифференциации его Я-переживаний от переживаний аналитика. Иными словами, пациент должен постепенно осознать, что в противоположность смешиванию им переживаний,

исходящих и от него, и от терапевта, он и терапевт имеют разные переживания, так что могут жить в несогласующихся реальностях. Пациент должен научиться выдерживать исследование этой несогласованности без ее разрешения. Такая выдержка ведет к принятию отдельности от терапевта и способствует развитию саморефлексии.

Позже защитное отстранение защищает пациента от опасного слияния, но также и от полного осознания отсутствия интегрированного ощущения своего существования как самостоятельной личности. Теперь интерпретативная работа может быть одновременно направлена на повышение терпимости пациента к переживаниям слияния, анализ природы этих переживаний слияния и — в моменты начинающейся консолидации — на анализ страха перед ощущениями дезинтегрированного одиночества и избегания этих ощущений. Эта стадия лечения преобладала в случае с г-жой Н.

На дальнейших стадиях лечения психотических пациентов, когда способность к проверке реальности уже восстановлена, начинающаяся интернализация озабоченности и наблюдающей функции терапевта консолидирует ядра саморефлексии и, таким образом, создает возможность для интерпретации в конце концов функций защитного расщепления самосознания вместо выдерживания амбивалентности. Этот технический подход связан с концепцией “холдинга” в переносе Винникота (Winnicott, 1960), хотя Винникот и не дифференцировал психопатологию психоза и психопатологию пограничных состояний.

Теперь аналитик выполняет функцию холдинга, не только в смысле сопротивления агрессии пациента, не разрушаясь сам, но и в смысле подтверждения пациенту своего постоянного существования и доступности вообще, и своей доступности как потенциально хорошего объекта, на которого пациент может положиться, в частности он также становится агентом, чьи интерпретации связывают островки саморефлексии в уме пациента и способствуют консолидации самосознания пациента посредством идентификации с аналитиком в этой его функции одновременно с интеграцией диссоциированных Я-репрезентаций при противоречивых аффективных переживаниях. Эта фаза часто вызывает у пациента переживание сильного депрессивного одиночества.

Интеграция всех Я-репрезентаций во временном (лонгитюдном) и одновременном, квазипространственном (кросс-секционном), разрезах в центральную всеобъемлющую концепцию “Я” сопровож-

дается параллельной интеграцией окружающей сферы саморефлексии, которая обеспечивает основу для текущей самооценки. Эта окружающая сфера саморефлексии временно поглощается центральным “Я” при сознательном действии в конкретных областях; она уходит на дно в условиях несаморефлексивного сознания, но остается в качестве потенциального “расщепления Эго”, с описательной точки зрения. Другими словами, самооценка может стать предсознательной структурой Эго, которая выполняет иерархически высшую функцию Эго, самонаблюдающую функцию Эго (Freud, 1933; Sterba, 1934).

Бессознательные корни в вытесненном Ид, также как и в вытесненных аспектах Супер-Эго, являются кодетерминантами функций двойной сферы “Я” в течение всего времени. Самонаблюдение можно принимать как данность при невротической организации личности; саморефлексивность, рассматриваемая таким образом, является предварительным условием, но не эквивалентом эмоциональной интроспекции или инсайта. Невротические защиты (такие, как рационализация, интеллектуализация и отвержение) могут ослабить эмоциональную интроспекцию даже у пациентов с твердой Эго-идентичностью и блестящей проверкой реальности. Самонаблюдение является всегда ключевым фокусом интерпретативной работы при пограничной организации личности, при которой защитная диссоциация “Я” представляет главное текущее сопротивление. Отсутствие саморефлексии и соответствующей ей интернализации заинтересованной в себе инстанции, исходящих из первоначально симбиотических, диадических отношений, может стать главным вопросом на некоторых стадиях психоаналитической психотерапии с психотическими пациентами, что иллюстрирует приведенный выше случай.

13. УДОВОЛЬСТВИЕ В НЕНАВИСТИ И ЕГО ПРИКЛЮЧЕНИЯ

В этой главе я исследую клинические проявления удовольствия при переживании и выражении примитивной ненависти, делая особенный акцент на вторичных защитах против ненависти в переносе.

По моему опыту, примитивную ненависть можно дифференцировать от аффекта ярости в переносе по ее относительно стабильным, длительным и характерологически закрепленным качествам (гл. 2). Независимо от своего происхождения и тех конкретных бессознательных фантазий, которые она включает, наиболее впечатляющей характеристикой такой ненависти, как указывал Бион (Bion, 1970), является нетерпимость пациента к реальности.

В пациенте, находящемся под властью примитивной ненависти, происходит странный процесс: распространенной защитой от осознания такой ненависти является разрушение посредством действий вовне, проективной идентификации и даже временами фрагментации когнитивных процессов способности пациента к ее осознанию: ум пациента не может больше “контейнировать” осознание доминирующей эмоции. Таким образом, защита является в то же время выражением импульса, против которого она и была направлена. Нетерпимость к реальности становится ненавистью к психической реальности, направленной против себя и против ненавистного объекта.

Ненависть к себе проявляется непосредственно в самодеструктивных импульсах, таких как самоповреждающее или суицидальное поведение, или при мазохистских перверсиях. Нетерпимость к психической реальности также приводит к направленной на себя атаке пациента на собственные когнитивные функции, так что пациент больше не способен использовать обычные способы рассуждения или прислушиваться к аналогичным рассуждениям терапевта. Под влиянием интенсивной ненависти пациент может проявлять сочетание сфокусированного любопытства, высокомерия и псевдотупости, описанные Бионом (Bion, 1957). По сути дела,

пациент пытается разрушить средства коммуникации между собой и терапевтом, чтобы замазать осознание собственной ненависти. В дополнение к этому нетерпимость к объекту выражается в интенсивном страхе пациента перед аналитиком и ненависти к нему, поскольку он воспринимается как преследователь. Это ведет к параноидному развитию переноса, которое может зайти так далеко, что приведет к трансферентному психозу, что будет означать безудержное проявление пациентом проективной идентификации. Посредством этой защиты пациент пытается локализовать свою агрессию в терапевте, используя провокативное поведение, подкрепляющее проекцию, всемогущий контроль и нетерпимость к любым интерпретациям аналитика.

Нетерпимость к терапевту как к хорошему объекту, очевидная в те периоды, когда параноидные механизмы не действуют и терапевт воспринимается как потенциально хороший объект, отражается в огромной жадности пациента, в ненасытности, с которой он требует внимания, времени и интерпретативных комментариев у терапевта, и в сопутствующем бессознательном разрушении того, что получается: все, что вносит терапевт, воспринимается пациентом как неподходящее; жадность остается.

Главный вопрос состоит в том, почему пациент неспособен вытерпеть осознание интенсивности своей ярости. Почему он должен отрицать навязчивый, постоянный, всеобъемлющий характер своей ярости? Я считаю, что эта нетерпимость является выражением глубочайших страхов потери объекта любви, обычно хорошей матери под угрозой деструктивности ненависти пациента. Но пациент тут же, в результате нетерпимости к своей ненависти, оказывается под угрозой фантазии своего собственного разрушения как следствия патологических проективных механизмов, которые преобразуют фрустрирующий и ненавистный объект (плохую мать) в могущественного, опасного врага, который может легко уничтожить пациента. Фантазийная угроза уничтожения, телесного и психического разрушения является непосредственным источником попыток борьбы как с влиянием объекта, так и с осознанием себя под воздействием ненависти.

Собственная ненависть терапевта в контрпереносе, продукт проективной идентификации пациента и его всемогущего контроля или, более конкретно, естественное последствие постоянно провокативного поведения пациента, его активного разрушения смысла и всего, что он получает в терапевтических отношениях,

может вызвать в терапевте желание прорваться через безумие, заполонившее сеансы, освободить себя от бесконечной запутанности в мелких сварах, которые, как кажется, уничтожают любую возможность для пациента чему-то научиться на сеансах, и бежать от этих разрушительных отношений.

В какой степени нетерпимость пациента к своей и чужой реальности и сопутствующее ей разрушение коммуникативного процесса являются защитой от примитивной ненависти, а не прямым ее выражением? Я считаю: то, от чего защищаются в этих условиях, представляет собой непосредственное переживание пациентом ненависти как аффекта, производных от этого аффективных состояний ликующего садистского удовольствия от разрушения объекта и удовольствия от отвращения, презрения, жестокости и унижения, выражаемых по отношению к объекту. Если пациент способен выносить сознательное переживание садистского удовольствия в переносе, то это значит, что достигнут первый шаг в контейнировании ненависти. В этот момент пациент обычно меньше боится деструктивных последствий своей агрессии; его потребность проецировать агрессию ослабевает, поэтому ослабевает и его восприятие терапевта как плохого объекта. Пациент может теперь смутно осознавать, что объект его любви и ненависти — это одно и то же.

Ненависть существует в диалектических отношениях с любовью. Ненависть подразумевает интенсивную увлеченность объектом прошлой или потенциальной любви, объектом, который временами глубоко необходим. Ненависть является, в первую очередь, ненавистью к фрустрирующему объекту, но в то же время это также ненависть к любимому и необходимому объекту, от которого ожидают любви и от которого неизбежна фрустрация. В своих источниках ненависть является следствием неспособности устранить фрустрацию яростью, и она выходит за пределы ярости в длящейся потребности уничтожить объект.

Но ненависть имеет также и дифференцирующий аспект; если любовь ассоциируется с попытками слияния или поглощения, ненависть пытается дифференцировать "Я" от объекта. Поскольку ненависть не может выноситься и проецируется во вне "Я", она вносит вклад в дифференциацию "Я" от объекта и противодействует импульсу поглощения. Ненависть, таким образом, может вносить вклад в дифференциацию, переживание и проверку личной силы, самоутверждение и автономию; ненависть может привлекаться на службу сублимирующим функциям агрессии как здорового само-

утверждения. Только на самых примитивных уровнях самой ярости — первоначального источника ненависти — максимальная интенсивность ярости (пиковый аффект) переживается как слияние с объектом.

Примитивная ненависть на постоянно интенсивном уровне создает, однако, круговую реакцию, которая не только поддерживает, но и патологически усиливает саму ненависть. Посредством проективных механизмов, в частности, проективной идентификации, ярость к фрустрирующему объекту приводит к искажению объекта, и теперь фрустрация уже интерпретируется как самовольное нападение. Это ощущение нападения со стороны прежде необходимого и любимого объекта является наиболее примитивным переживанием преданной любви и вступает в мощный резонанс со всей цепочкой преэдиповых и эдиповых стадий развития.

Переживание предательства любви приводит к дальнейшему усилению ненависти, с еще большим усилением ненависти посредством проективной идентификации; теперь объект воспринимается как жестокий и садистский. Интернализация этих искаженных объектных отношений увековечивает переживание разъяренного, униженного, обесцененного "Я" и жестокого, садистского, презирающего объекта; соответствующие этому производные идентификации Эго и Супер-Эго приводят к общему искажению интернализованных объектных отношений. Идентификация с агрессивным, торжествующим объектом в этих диадических отношениях, в свою очередь, запускает жестокость и презрение при выражении ненависти к объекту, когда непереносимая, униженная Я-концепция может быть спроецирована на объект и при идентификации с ним стать также агрессией против "Я".

Теперь достигается состояние, описанное несколько мгновений ранее: ненависть разрушает внешние и внутренние объектные отношения; защитный процесс разрушения воспринимающего "Я" для устранения и боли, и опасной ненависти выступает как главная сила защитной организации пациента. Проективная идентификация может быть замещена обострением механизмов расщепления, также ведущим к фрагментации аффективного опыта и когнитивных процессов, как это описывает Бион (Bion, 1959). Меньшая интенсивность расщепления может сохранить разделенный мир идеализируемых и преследующих объектов, идеализированного и плохого "Я" с чередующимися паттернами поведения, которые клинически выражаются в хаотических объектных отно-

шениях, в деструктивных и самодеструктивных действиях вовне, чередующихся с защитно идеализируемыми отношениями с объектами.

Клиническая виньетка

Чтобы проиллюстрировать приключения примитивной агрессии и приятной ненависти в переносе в ходе психоаналитической психотерапии, я представлю случай г-на Х., родившегося за границей, но получившего образование в США, мужчины тридцати с небольшим лет, с историей серьезных суицидальных попыток в течение восьмилетнего периода. Он принимал чрезмерные дозы различных лекарств, некоторые из которых были прописаны ему как антидепрессанты и анксиолитики, а некоторые приобретались им нелегальным путем. Суицидальные попытки часто заканчивались тем, что пациент два-три дня находился в коме; они были разрушительны для психотерапии в прошлом. Психотерапевт, направивший его ко мне, прекратил лечение после трех лет работы из-за склонности г-на Х. звонить ему в любой час дня и ночи и особенно в уик-энды. Во время сеансов г-н Х. в основном молчал, демонстрируя неспособность говорить, но при этом он свободно беседовал с терапевтом по телефону вне лечебных сеансов, страстно требуя внимания.

Пациенту был поставлен диагноз пограничной организации личности с преимущественно нарциссической личностью и инфантильными и антисоциальными чертами. Во время диагностических интервью он колебался между добродушной, ребячливой, почти заискивающей манерой и временами подозрительным, надутым, недоверчивым поведением. Он был очень интеллигентен, интересовался музыкой, но потерпел неудачу в колледже из-за нерегулярного стиля работы. Его суицидальные попытки явно возникали в те периоды, когда семья, подруги, терапевты или учителя пациента не отвечали на его призывы об особом отношении. Несмотря на хорошие поверхностные отношения с окружающими, он постепенно изолировал себя из-за своих неудач в учебе, пассивного стиля жизни и обескураживающего воздействия на всех окружающих его людей его суицидальных попыток, сопровождавшихся возбуждавшими чувство вины маневрами.

В лечении я прежде всего установил формальную структуру, нацеленную на блокирование любой вторичной выгоды от его суицидальных попыток; я дал ему ясно понять, что буду встречаться с ним регулярно два раза в неделю, но если у него возникнет риск суицида, он должен будет обратиться в психиатрическое отделение или, если он уже принял лекарства, в соматическую реанимацию. Я снова буду принимать его, если он вернется в ясное психическое состояние и будет способен к амбулаторному лечению. Я также дал ясно понять и ему, и его семье, что, с моей точки зрения, он несет в себе неизбежный риск суицида. Из-за этого риска я решил подключить семью к планированию лечения. Единственной альтернативой предлагаемой организации лечения была длительная госпитализация, но я сомневался, что длительная госпитализация в этом случае могла помочь, принимая во внимание возможность вторичной выгоды, исходящей из пассивного, даже паразитического существования в таких условиях. Я также предложил ему откровенно обсуждать свои суицидальные тенденции на сеансах, когда он это может, вместо того чтобы действовать под влиянием данных импульсов. Я ясно довел до сведения пациента, что если он позвонит мне, до того как потеряет сознание во время суицидальной попытки, я сделаю все, что могу, чтобы спасти его жизнь, но закончу лечение и направлю его кому-нибудь еще: эта ситуация будет говорить о том, что лечение, как оно планировалось, невозможно.

Пациент принял эти условия, но перед этим в течение нескольких сеансов выражал свою ярость. Его родители, напротив, приняли предложенные условия с замечательной легкостью. Как только лечение началось, молчание пациента на сеансах стало настолько длительным, что он едва ли произнес несколько предложений во время первых двадцати сеансов. Я интерпретировал его молчание как боязнь открыто выражать свою ярость, поскольку я не соглашался на различные договоренности, предлагаемые им по поводу наших сеансов, и, конечно, из-за моих условий относительно суицидальных попыток. В конце концов пациент начал говорить, но, что важно, только в те моменты, когда злился на меня. Он с самого начала стал упорствовать в том, что неспособен свободно говорить на сеансах. Теперь я смог указать ему, что он может свободно делать это под знаком ненависти, но не в моменты расслабленного и открытого общения, в ходе которого мы оба могли бы многое узнать о его трудностях.

У пациента возник новый паттерн поведения. Он иронически передразнивал мои высказывания на сеансах, вступал в споры из-за сравнительно маловажных вопросов и затем отказывался уходить в конце сеанса, заявляя, что у него есть важные вопросы, которые он хотел бы со мной обсудить. Вскоре после этого я заметил, что пациент тратит слишком много времени на мелкие вопросы и предлагает то, что он считает насущными жизненными проблемами, только в последние минуты, а затем отказывается покидать мой кабинет вовремя.

Г-н X. также начал звонить мне в любое время. Я дал ему ясно понять, что буду доступен для него в любое время в случае крайней необходимости, но если мы не придем к согласию, что это именно крайняя необходимость, я скажу ему, что его звонок необоснован; и если за необоснованным звонком последует еще один такой же, я не буду отвечать на любые его телефонные звонки в течение недели. Далее я сказал, что если этот паттерн повторится, я не буду отвечать на его телефонные звонки в течение месяца; если это будет продолжаться далее, я не буду отвечать на его телефонные звонки в течение года; и тогда он рискует умереть, потому что не сможет дозвониться мне в случае реальной угрозы его жизни.

Это дополнительное структурирование эффективно устранило телефонные звонки, и примерно через год лечения пациент смог покидать сеансы более-менее вовремя и не звонить между сеансами. Более того, с начала лечения он больше не предпринимал суицидальных попыток. Они, однако, заменились на интенсивные яростные нападки на сеансах.

Итак, я подчеркиваю безудержный характер агрессивных действий вовне у этого пациента и необходимость структурирования лечения, чтобы контролировать их. Создание структуры в данном случае привело к локализации агрессии пациента и его защит против нее на сеансах. Моя общая лечебная стратегия сфокусировалась на анализе тяжелых самодеструктивных импульсов, коль скоро они стали теперь сосредоточиваться на сеансах.

Моя первая интерпретация указывала на неспособность пациента говорить со мной на сеансах, кроме тех случаев, когда он был разгневан. Я проинтерпретировал это как следствие действия его внутренней враждебной инстанции, которая препятствовала его попыткам получить от меня помощь, запрещая ему вступать со мной в любые отношения, кроме деструктивных. Из-за его "праведно-

го негодования” по поводу любого аспекта моих отношений с ним, в которых, как он думал, я был нечестен, манипулятивен или безразличен (он очень часто высказывал эти обвинения), я интерпретировал эту инстанцию в его психике, противостоящую хорошим отношениям между нами, как псевдоморалистскую. Я сказал, что эта инстанция претендует на то, чтобы быть морально правой, хотя в действительности это полностью разложившаяся инстанция, которая искажает реальность, чтобы оправдать взрывы ярости, и подрывает его отчаянную потребность в общении со мной по поводу проблем, имеющих реальное значение в его жизни. Эти проблемы включали в себя его трудности при занятиях музыкой и в отношениях с женщинами.

Мои описания такой внутренней враждебной инстанции становились все более и более точными по мере того, как паттерны поведения пациента давали дополнительную информацию по поводу “врага”. Было похоже на то, указывал я ему, что внутренний враг, препятствовавший его способности общаться со мной, также давал ему ощущение силы и власти, морального превосходства надо мной, как будто бы он заставлял его злиться на меня, пока я не захотел бы извиниться за мои недостатки. Это была как бы примитивная, садистская, карикатурная версия учителя или жестокого, тиранического родителя, который наслаждался контролем и унижением непокорного ребенка. Я предположил, что пациент разыгрывал роль этого тиранического родителя, а меня помещал на место непокорного, непослушного ребенка, быстро меняя эти роли в конце сеансов. Он вел себя так, будто я несправедливо вышвыриваю его вон. Пациент чувствовал себя беспомощным, тиранизируемым, бессильно протестующим ребенком, в то время как я превращался в сурового, жестокого, садистского, тираничного родителя.

Повторяющиеся интерпретации этого объектного отношения в переносе привели к тому, что пациент стал способен обсуждать в те короткие минуты, когда он мог разговаривать спокойно на иные темы, помимо его гнева на меня, свою мачеху, которую он описывал (что неудивительно) точно так же, как я описал его внутреннего врага, с которым он был склонен идентифицироваться в долгие периоды сеансов.

Так я узнал, что в раннем детстве мачеха жестоко наказывала его за малейшее неповиновение, избивала так сильно, что он стыдился раздеваться на пляже. Я узнал, что мачеха, когда раздра-

жалась, отказывалась разговаривать с пациентом в течение нескольких недель, ожидая не просто извинений, а правильных извинений. Отец пациента, довольно робкий профессор иностранных языков, часто требовал, чтобы тот извинялся перед мачехой, даже если она была неправа — "ради мира в доме".

Теперь я начал интерпретировать, что этот его внутренний враг был, конечно же, его мачехой, такой как пациент представлял ее себе; по пока неясным причинам пациент чувствовал себя обязанным повторять свои отношения с ней (при постоянной смене ролей) в своих отношениях со мной. Довольно интересно, что эти находки принесли с собой короткие моменты интроспективной задумчивости и предоставили больше информации о его прошлом, за которыми последовали бурные нападки на меня. Я пришел к заключению, что он демонстрирует примитивный тип негативной терапевтической реакции, состоящий в том, что он чувствует потребность разрушить то, что получает от меня, именно тогда, когда чувствует, что я ему помогаю. Другими словами, он в наибольшей степени возмущается мной в те моменты, когда ощущает меня хорошим объектом.

В то же время он начал более свободно говорить о конфликтах в своей внешней жизни, и я обнаружил у него сильную требовательность и жадность. Например, его тетя обещала ему письменный стол на день рождения, пациент попросил разрешения купить его самостоятельно и, получив разрешение, купил очень дорогой стол на много сотен долларов дороже, чем предполагала тетя. Когда тетя обратила его внимание на это, пациент впал в такую сильную ярость, которую он не испытывал в течение нескольких месяцев.

Он также возобновил занятия музыкой и постоянно пытался получить для себя особые привилегии — освобождение от работы, которую должны были делать все остальные студенты. Он реагировал гневом и разочарованием, когда его попытки проваливались. Он также все сильнее и сильнее жаловался на свою полную неспособность учиться или репетировать именно в решающие моменты перед окончательными экзаменами. Это были те моменты, когда он должен был усвоить большой объем технического материала и, как скоро оказалось, он глубоко возмущался необходимостью предпринять это усилие; хотел овладеть всем сразу без всякого усилия. Приложить усилие для усвоения того, что приобрели и хорошо знали другие, было оскорблением.

На втором году лечения появились новые элементы. Г-н Х., по-видимому, стал очень интересоваться тем, что я думаю, слушал с большим интересом все, что я говорил, но делал затем немедленное опровержение или просто говорил: “Я совсем этого не вижу”. Это означало, что предмет разговора сейчас закрыт. Попытки привлечь его внимание к этому автоматическому отвержению всего исходящего от меня и странному противоречию между этим поведением и его сильным любопытством ко всему, что я собирался сказать, снова привели его в сильную ярость. Он высокомерно отвергал мои замечания как “полную ерунду” или иронически повторял то, что я говорил, с существенным искажением этого, чтобы оправдать свое мнение о том, что мои высказывания ничего не стоят. Пытаясь найти источник его ярости, я в конце концов обнаружил, что это была та уверенность в себе, с которой я говорил, мои спокойные интерпретации его молчания, когда, с его точки зрения во время этого молчания ничего не происходило. Несколько раз он вышучивал то, что я должен был сказать, предполагая, что я просто опробую новые теории для следующей публикации.

Г-н Х. напоминал мне описанное Бионом (Bion, 1957) сочетание любопытства, высокомерия и псевдотупости, характерное для пациентов, которые не могли перенести признания своих сильных жадности и зависти. Действительно, его попытки узнать все, что у меня на уме, были очень жадными. Он проявлял интенсивные зависть и возмущение по поводу моих высказываний, категорически опровергая их, кроме тех высказываний, в которых я полностью “соглашался” с его претензиями на оправданное негодование.

Мои попытки указать на эту жадность или проанализировать его защиты против зависти ко мне оказались в этот момент бесплодными; в действительности они провоцировали интенсивные яростные нападки без возможности дальнейшего исследования. В противоположность этому, мое упорное интерпретирование повторения в переносе его внутренних отношений с мачехой медленно приносили результат. Пациент сперва пытался отрицать, что то, что происходит между нами, имеет какое-то отношение к его мачехе, но его отрицание было достаточно слабым и безрезультатным.

Однажды пациент сказал, что моя личность действительно напоминает личность его мачехи. Я предложил ему вместе исследовать мою личность, как он ее представляет — как новое “издание” его мачехи. Он отреагировал на это сильной тревогой, явно обес-

покоенный моей решимостью принять личность его мачехи — как будто бы испугался, что не сможет больше дифференцировать мачеху и меня. В то же время его собственная вера в то, что я отличаюсь от мачехи, заставила его рассмотреть возможность того, что его яростные атаки на меня могут быть неоправданны. Таким образом, он столкнулся с неуместностью своей ярости. Я указал ему на эту дилемму, в частности, на его страх признаться в приятных аспектах своего деструктивного поведения на сеансах, зная, что он может рассчитывать на мою доступность, на то, что я не стану мстить, и на его хрупкую надежду, что я смогу помочь ему освободить себя от контроля со стороны образа мачехи, действующего изнутри него.

Пациент стал испытывать более непосредственное удовольствие от своего деструктивного поведения по отношению ко мне. Он начал называть меня "F" на сеансах, моим средним инициалом, что, как он настаивал, значило "fucker" — "трахальщик", намеренное оскорбление, которое он использовал вместе с оскорбляющими и унижающими комментариями по поводу моей некомпетентности, как, например, "Ты настоящая жопа, F." Такая форма обращения ко мне явно доставляла ему удовольствие. Пациент также стал садиться на другие места, кроме стула, на котором обычно сидел в игриво-агрессивной манере, которая могла легко перейти в ярость, если он думал, что я собираюсь помешать ему. Несколько раз он начинал сеанс, садясь на мой стул, вынуждая меня садиться в другое место, передразнивая мое поведение.

Легко сделать вывод, что я описываю игривое поведение ребенка, дразнящего своих родителей, чтобы убедиться в их терпимости, доступности, понимании и выдержке. Но это поведение возникало именно в те моменты, когда он сталкивался с острыми проблемами в своей реальной жизни. Он проявлял несомненное удовольствие от своих попыток установить контроль и устранить зависть, поскольку от меня все равно нечего ожидать; это удовольствие находилось в ярком противоречии с его чувством унижения в конце сеансов, с чувством, что его прогоняют, и с жадным желанием дополнительного времени, которое закончилось.

Я стал указывать ему на связь между этими приятными нападками на меня, которые я называл яростным разрушением своего собственного времени, подразумевая то, что он мог бы получить от меня, с одной стороны, и безграничную ненасытность его желания большего времени, чтобы заместить то, что было потеря-

но, с другой. Но если я пытался указать на это разрушение времени в середине сеансов, когда казалось, что пациент смеется надо мной, он тут же приходил в ярость. Ретроспективно я осознал, что преждевременно интерпретировал защитные аспекты его приятного передразнивания: в конце концов я пытался помочь ему осознать свое садистское удовольствие, а теперь, когда он осмелился отыграть его, я стал интерпретировать его функцию как разрушение времени на сеансах. Когда я пассивно сопровождал его поведение, описывая, что он делает, но не указывая на его деструктивные последствия, пациент принял ребячливое, унижающее, но толерантное отношение ко мне; в конце сеансов, однако, его горькое разочарование тем, что его вышвыривают, казалось неизбежным. Во время сеансов он проявлял дружелюбие, которое поражало меня своей искусственностью, но вызывало и с моей стороны псевдодружеское отношение к нему.

Теперь я попытался проинтерпретировать это псевдодружеское отношение ко мне как терпеливому зрителю, который, однако, не собирался и пальцем пошевелить, чтобы вызволить его из его трудностей. По мере того как я на протяжении длительного времени изучал последствия отыгрывания этого объектного отношения в переносе, постепенно становилось ясно, что это было отыгрывание отношений с его отцом. Он действительно провоцировал меня вести себя мягкотело, избегая конфликтов, как поступал в прошлом его отец. Это снова привело к яростному отрицанию пациентом того, что происходящее на сеансах имеет какое-то отношение к его прошлому. На основе прошлого опыта, однако, я остался убежден, что именно это и происходило, и что его яростное обесценивание моих интерпретаций отражало завистливое разрушение того, что он получает от меня. Я также чувствовал, что его повышенная толерантность к открытому получению удовольствия от деструктивного поведения на сеансах отражает демаскировку агрессии, которая прежде проявляла себя в виде праведного негодования. В то же время, думал я, он по-прежнему находится под властью мощной, неопознанной примитивной агрессии, отыгрываемой вовне в виде завистливого разрушения того, что получает от меня.

Я должен добавить, что я встречался с его родителями раз в год, вместе с пациентом, чтобы освежить наш базовый контракт. На нашей встрече через два с половиной года после начала лечения родители сказали мне, что пациент существенно изменился: его интенсивные припадки ярости и хронические трудности в отноше-

ниях с различными членами семьи значительно сгладились, и они испытывают удовлетворение от того, что он начал работать как музыкант, может частично оплачивать свое лечение и, главное, больше не пытается покончить с собой.

Я предложил вам эту виньетку, чтобы проиллюстрировать выражение примитивной агрессии в переносе, вначале в грубых формах действий вовне, затем — в прямых атаках на терапевта и все исходящее от него на сеансах и, что наиболее важно, на сам процесс общения, в частности, на собственные процессы мышления пациента. В структурных терминах, это отношение включало в себя отношение между пропитанным агрессией грандиозным "Я" и униженным и обесцененным аспектом нормального "Я" пациента.

В ходе лечения первоначальная диссоциация между грубой агрессией и самоагрессией, с одной стороны, и поверхностным дружелюбием, с другой, была постепенно преодолена. Произошло восстановление агрессивных аффектов на сеансах, включая когнитивные, аффективные, психомоторные и коммуникативные аспекты агрессивного аффекта, отражающегося в ненависти, с постепенным восстановлением его прежде диссоциированного приятного характера. Моя работа в основном состояла из интерпретации его защит против агрессии и функций ее непосредственного выражения в контексте постепенного углубления примитивных объектных отношений в переносе. Радостную деструктивность агрессивных аффектов наиболее трудно выдержать и интегрировать, и она должна быть постепенно проработана, чтобы привести к господству амбивалентных взаимоотношений на более поздних стадиях развития.

14. ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ, ПАРАНОИДНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ ПЕРЕНОСЫ

Патология Супер-Эго, которую мы так часто обнаруживаем у пограничных пациентов, становится важным моментом в определении стратегии лечения этих пациентов, особенно в работе с переносами, возникающими как результат и как выражение этой патологии Супер-Эго.

Психопатические переносы

Очень важное место при лечении пограничных пациентов занимает сознательный, намеренный обман со стороны пациентов при их общении с терапевтом, что приводит к неверной оценке им эмоционального состояния и реальности пациента. Этот обман может принимать форму утаивания информации, прямой лжи или манипулятивного поведения, направленного на дезориентацию терапевта или его эксплуатацию.

Поражает то, как трудно терапевтам признать перед собой и перед пациентами, что те их обманывают. Обычно пациент, демонстрирующий обманывающее поведение проецирует такие тенденции и на терапевта. Действительно, убеждение пациента, что терапевт нечестен, является наиболее заметным аспектом переноса во многих случаях; чем более нечестен сам пациент, тем более нечестным он считает терапевта. В некоторых случаях вербальное общение нарушается настолько, что становится пародией на обычное психотерапевтическое общение.

Я выбрал термин *психопатический перенос* применительно к тем периодам лечения, когда обман и его проекция преобладают. С моей точки зрения, крайне важно очень детально исследовать такие переносы и интерпретативно разрешать их до начала работы с другим материалом. Для психоаналитика, привыкшего к обычно встречающимся при психоаналитическом лечении или психоаналитической психотерапии пациентам, это может выглядеть как ук-

лонение от открытости в терапевтическом процессе. На практике, однако, эти психопатические переносы имеют тенденцию пропитывать и разлагать весь психотерапевтический процесс и являются главной причиной его пробуксовки и провала. Психотерапевтическое лечение пациента требует прямого и полного общения между пациентом и терапевтом, и именно по технической причине, чтобы раскрыть поле для общения — а не по "моралистической" — терапевт должен обратиться к проблеме разрешения этих психопатических переносов.

Взаимоотношение между антисоциальным поведением пациента и преобладанием психопатического переноса является сложным. Не существует четких корреляций между антисоциальным поведением и психопатическими переносами. Действительно, небольшая группа пациентов, проявляющих антисоциальное поведение из бессознательного чувства вины может вообще демонстрировать не пограничную, а невротическую организацию личности; у них нет психопатических переносов, и они являются полностью подходящими кандидатами для стандартного психоаналитического лечения.

Центральным аспектом терапевтического подхода к психопатическим переносам является тактичная, но прямая конфронтация пациента с его обманом. Эта конфронтация нередко вызывает немедленную злобную атаку со стороны пациента, который обвиняет терапевта в агрессии или нечестности. С помощью проективной идентификации и всемогущего контроля пациент может пытаться бессознательно провоцировать терапевта на обман, на нечестное или, по крайней мере, непоследовательное поведение, которое пациент будет интерпретировать как нечестность.

Во многих случаях у пациентов существуют интрапсихические конфликты между желанием честности и коррупцией этого желания в их другой части, обычно отражающей бессознательную идентификацию с родительским образом, воспринимаемым как глубоко непоследовательный или нечестный. У пациентов с нарциссическим расстройством личности распространенную динамику, лежащую в основе психопатических переносов образует отыгрывание наполненного садизмом патологически грандиозного "Я", которое действует против здоровой, зависимой части "Я" этих пациентов.

У некоторых пациентов упорная и длительная склонность ко лжи может подорвать усилия терапевта по исследованию причин их обмана. Другие в течение длительного периода времени настаивают, что есть вопросы, которые они не будут обсуждать с терапев-

том. Такая честность в сообщении об их нежелании участвовать в лечении может сделать возможным длительный анализ причин их страха и недоверия.

В несколько иных, хотя и аналогичных случаях общение кажется открытым, за исключением того, что пациент относится ко всем окружающим безжалостно и совсем не считается с ними, ожидая от терапевта такого же отношения, и действует так, как будто честная взаимная договоренность между двумя людьми невозможна. Здесь посылка пациента состоит в том, что любая близость или преданность — это обман и что терапевт, показывая, что он заинтересован — помимо любых финансовых, научных или престижных выгод, которые он может получить от пациента, — действительно нечестен. Это может быть бессознательной динамикой или сознательно переживаемым страхом.

Общее в этих случаях — это распространяющееся разложение обычной человеческой интимности, зависимости, эмоциональной преданности и любви. Обычно с течением времени, после исследования истоков этих психопатических переносов и их воздействия на терапевтические отношения, они склонны меняться на другие трансферентные диспозиции. Пациент постепенно начинает понимать, что полная открытость может быть необходима для терапевтической работы, но она обезоруживает его перед опасностью отвержения, критики и нападок, как ему кажется, со стороны терапевта. Пациент, проецирующий собственный обман на терапевта, постепенно или внезапно переходит от психопатического переноса к параноидному. Пациент, который относится ко всем другим людям как к “объектам”, обычно боится, что отказ от такой защитной дистанции с терапевтом будет угрожать его безопасности. Терапевт, как он считает, должен возненавидеть его за такое отношение или относиться к нему как к “объекту”, который теперь защищается.

Клинические примеры

Г-н Т., девятнадцатилетний юноша, исключенный из средней школы, был приведен на лечение отцом, бизнесменом, угрожавшим отказать сыну в финансовой поддержке, если тот не начнет лечение. Г-н Т., достигнув подросткового возраста, демонстрировал жестокое, непокорное поведение, исключался из многих

школ из-за своего агрессивного, конфронтационного поведения по отношению к учителям и сверстникам, злоупотреблял алкоголем, марихуаной и другими наркотиками в течение нескольких последних лет, привлекался к ответственности за торговлю наркотиками в местной средней школе. Он был сексуально промискуинным, но также был склонен к установлению ребячливых, зависимых отношений с некоторыми девушками, которые могли манипулировать этим.

Старшие брат и сестра пациента были преуспевающими женатыми специалистами и поддерживали лишь отдаленный контакт со своими родителями. Они были согласны, что родители очень доминантны и при этом безразличны к детям, они критиковали попытки отца полностью контролировать пациента, так же как и позицию невмешательства, занятую матерью. На совместных интервью (пациента и родителей) ощущения отца, что он должен абсолютно все контролировать, и желания матери, чтобы ее не беспокоили, были очевидны. Родители сходились только в их желании уберечь своего младшего ребенка от дальнейших проблем с законом и помочь ему стать независимым и ответственным гражданином.

В ходе психиатрического обследования у г-на Т. было обнаружено нарциссическое функционирование личности на явно пограничном уровне; эго-синтонная агрессия выражалась в его доминирующих, жестоких, конфронтационных действиях; антисоциальное поведение было представлено лживостью и манипулятивностью в школе и дома; параноидная установка проявлялась в отношениях с “аутсайдерами” — теми, кто не входил в маленькую группу сверстников, совместно вовлеченных в торговлю наркотиками. Таким образом, он демонстрировал характеристики, типичные для синдрома злокачественного нарциссизма.

В его психоаналитической психотерапии, проводимой со мной три раза в неделю — лечении, которое пациент принял под давлением своих родителей и как условие продолжения их финансовой поддержки, — он проявлял себя вначале как пай-мальчик. Это производило на меня впечатление фальши. Он был склонен заполнять сеансы тривиальной информацией о своей повседневной жизни, с полным провалом во всем, что касалось его отношений с друзьями и подружками. Я дал ясно понять как родителям, так и пациенту, что хочу попробовать психотерапию, но, принимая во внимание недостаточную мотивацию г-на Т. и характер его затруд-

нений, я не был уверен, что смогу помочь ему сейчас. Если я приду к заключению, что лечение невозможно, то проинформирую всех об этом и буду готов проконсультировать их по поводу альтернативного лечения.

После нескольких недель бессвязных психотерапевтических сеансов я поделился с пациентом своим впечатлением, что он сознательно не говорит о наиболее важных аспектах своей повседневной жизни. Г-н Т. с негодованием отрицал это, обвиняя меня в "полицейском" отношении, таком же, как и у его отца. Вместе с ним я исследовал его фантазию, будто бы я вижу свою задачу в том, чтобы вытряхнуть из него правду и отдать его на растерзание отцу. Пациент с вызовом сказал, что если я узнаю о преступном поведении, в которое он вовлечен, я, возможно, поделюсь тем, что знаю, с его родителями или даже с властями. Я сказал ему, что если сочту, что он потенциально опасен для себя или окружающих, я, конечно, приму меры, чтобы защитить его или окружающих, но только если из наших бесед на сеансах станет ясно, что он не может сам контролировать подобное поведение. В любом случае я обязательно проинформирую его о своих соображениях и любых действиях, которые буду планировать.

Это привело к тому, что г-н Т. торжествующе заявил, что разоблачил меня как союзника своего отца. Затем в ходе нескольких обсуждений я пытался прояснить некоторые вопросы. Я подчеркивал, что моя задача состоит в том, чтобы помочь ему понять сущность его затруднений и надеюсь найти более эффективные способы достижения жизненных целей: г-н Т. говорил, что хотел бы поступить в колледж и что заинтересован в более удовлетворяющих отношениях с девушками. В то же время, добавил я, он свободен принимать или отвергать то, что я говорю, даже вплоть до того, что может закончить его, хотя его родители явно заставили его начать лечение. Я также сказал, что он автоматически приписывает мне многие из суждений и установок своего отца, и это не имеет реальных оснований.

Пациент перебил меня громко и сердито, заявив, что, пытаясь дифференцировать мои отношения с ним и его отношения с отцом, я лгу. Я спросил его, действительно ли он считает, что я лгу, и он решительно ответил: "Да!" Я сказал, что верю ему и мы должны исследовать, почему я должен ему лгать. Это была тема, которую он вначале не хотел углубляться.

Когда г-н Т. однажды потребовал от меня признать, что я лгу, я сказал ему, что могу лишь сказать ему, что не лгу, и он может положиться только на мое слово, но он, очевидно, не верит ему. Я напомнил ему о своем убеждении, что он не говорит о наиболее важных аспектах своей жизни и обманывает меня подобным умолчанием, и сказал, что мы оба убеждены в том, что другой лжет. Я добавил, что понимаю, что он может лгать, потому что испытывает глубокую подозрительность и недоверие ко мне, но почему я должен ему лгать? Зачем мне это нужно?

Пациент улыбнулся, как будто бы выиграл сражение, имея в виду, что мы оба обманщики. Мне показалось, что он больше не чувствует угрозы от того, что называл моим отношением "районного прокурора". В гораздо более расслабленной манере он сказал мне, что каждый лжет, и чем ближе человек к тому, кто имеет над ним власть, тем больше он лжет. Даже его отец бесстыдно лжет бизнесменам, более могущественным, чем он сам, или же матери пациента, чтобы утаить свои сексуальные делишки. Я, наемная рука отца, нахожусь здесь, чтобы претворять в жизнь отцовские планы относительно его сына.

В течение последующих нескольких недель мы сосредоточились на моей мотивации того, чтобы быть психиатром г-на Т., на его восприятии меня как полностью подкупленного агента его отца и следующей из этого невозможности для него получить какую-нибудь реальную выгоду от наших сеансов. Он повторно указал на то, как много его времени расходуется на это принудительное лечение. Я поделился с ним своим ощущением, что он сейчас более честен как в выражении своей подозрительности, так и в обесценивании меня, и заметил, в каком напряжении и бдительности должен был он пребывать все время, имея дело либо только с контролируемыми мелкими сошками (ибо именно так он воспринимает меня) либо с обманщиками более могущественными, чем он сам (так он воспринимает других). Я также поинтересовался: если все обманщики, то каким же образом можно получить какое-либо удовлетворение в отношениях с женщиной, кроме чисто сексуального. Я добавил, что для меня неудивительно, что (как известно из предоставленной им на обследовании информации) он не мог сохранить никаких отношений с подружками. Я также сказал, что раз не существует честной науки или профессии, а колледж — это просто билет во власть, его нежелание посвящать себя учебе вполне естественно.

Спустя короткое время г-н Т. прибыл на сеанс явно в состоянии опьянения. Он хихикал, был эйфоричен, сонлив, говорил мне, как замечательно он себя чувствует и что гораздо легче переносить то, что он называл “этим говном”, если “поддать”. Я сказал, что он уже меньше боится признать передо мной употребление наркотиков и потерю контроля над своей повседневной жизнью в связи со злоупотреблением наркотиками, и спросил, приехал ли он на машине. Он уверил меня, что не водит машину в таком состоянии и находит мой вопрос глупым. Затем, когда он, казалось, заснул, я предложил ему закончить сегодня сеанс, поскольку никакая работа больше невозможна.

На следующем сеансе я исследовал его большую свободу в действиях, подразумевающую, что теперь он меньше боится меня, но в то же время предполагающую, что я настолько глуп, чтобы терпеть его поведение. В результате пациент подтвердил, что сейчас гораздо меньше боится меня и думает, будто я довольно глуп и реально не опасен. Я предположил, что в его уме должно возрасти ощущение бессмысленности сеансов, хотя его страх должен сейчас уменьшиться. Если я даже не опасен — т.е. не имею власти — и так глуп, что меня легко обмануть, от меня нечего ждать. Если он действительно нуждается в помощи, то надежда испаряется. Г-н Т. Тогда объяснил мне, что сильному нельзя верить, а слабый не может помочь, но нужно же с кем-то разговаривать! Не дав мне оправиться от этого внезапного признания человеческой потребности, он стал говорить, как к нему плохо отнеслась его нынешняя девушка, бросившая его, чтобы уйти к одному из его ближайших друзей.

Впервые он предоставил хоть какую-то информацию о своем хаотическом мире, состоявшем из неформальной банды молодых людей такого же как у него социально-экономического положения, посвятивших свою жизнь дрейфующему, бессмысленному существованию. Я смог показать ему, как наивно он игнорировал поведение этой девушки, которое должно было насторожить его, поскольку она явно эксплуатировала его. Я выразил свое удивление, что при таком большом количестве окружавших его девушек он увлекся именно той, которая так явно им манипулировала.

Тогда одновременно произошли две вещи. С одной стороны, он начал открыто говорить мне о своей повседневной жизни, проблемах с учебой и с родителями; с другой стороны, стал очень требователен. Он злился, если я заставлял его ждать перед сеансом и

предоставлял ему, по его мнению, недостаточно времени (он отказывался уходить в оговоренное время) и требовал по довольно неосновательным причинам, чтобы я менял время приема.

Я сказал, что он проверяет мои честность, надежность и силу и уже относится ко мне не как к “невинному дурачку”, но, скорее всего, как к могущественному потенциальному эксплуататору. В результате пациент согласился, что я “разыгрывал невинность”: я получил от него всю эту информацию, и все это нужно только мне, я не заинтересован в нем. Теперь он чувствовал, что я безжалостно пытаюсь доминировать над ним, не люблю и даже ненавижу его, топчу его из-за его чувствительности к времени. Если он будет нуждаться во мне, я буду его эксплуатировать. Перенос переключился с психопатического на параноидный.

Двадцатисемилетняя женщина была направлена ко мне своим соматическим врачом-терапевтом на лечение по поводу хронической тревоги и ипохондрических жалоб. Врачу было неизвестно, что она работала девушкой по вызову для избранной клиентуры, принадлежавшей к высшему (или выше среднего) классу, состоявшего преимущественно из бизнесменов.

В ее раннем детстве отец г-жи Ш., хронический алкоголик, после многочисленных внебрачных связей в конце концов бросил ее мать. В течение многих лет он поддерживал с г-жой Ш. только случайные контакты. Ни он, ни она не проявляли никакого интереса к дальнейшим контактам в течение последних десяти лет. В детстве пациентка всегда испытывала трудности в отношениях с матерью. Мать тяжело работала, чтобы прокормить своих четверых детей и все больше полагалась на пациентку, старшую, ожидая от нее помощи, на что пациентка горько обижалась. Конфликты с матерью в конце концов заставили г-жу Ш. покинуть дом после окончания школы. Она переехала в другой конец страны, в Нью-Йорк, где после работы в качестве модели для эротических журналов она в конце концов стала работать как проститутка.

Она жила, судя по ее описаниям, в довольно элегантной квартире и проводила большую часть свободного времени в одиночестве, очень опасаясь эксплуатации или предательства со стороны других женщин. Она забеременела вскоре после переезда в город, решила оставить ребенка и растила дочь до тех пор, пока не почувствовала, что воспитание ребенка будет мешать ее работе. Г-жа Ш. отослала дочь в возрасте пяти лет к родственникам в другой город, которым она регулярно посылала деньги на ее содержание. Она

также часто навещала ребенка, которому сейчас исполнилось девять лет. Ее любовь к дочери выглядела искренней и последовательной: дочка казалась единственным человеком в ее жизни, о котором она заботилась и за которого чувствовала ответственность. Много лет назад она разорвала все контакты с матерью, сестрами и братом. Из тех отношений, которые имели для нее хоть какое-то значение, были лишь отношения с немногими клиентами. Двое из них предлагали установить с ней стабильные и исключительные отношения, но она отказалась.

Клинически она произвела на меня впечатление сочетания нарциссических и инфантильных характеристик. Она была поразительно привлекательна, одевалась сдержанно и элегантно. Она гордилась тем, что приобрела с течением лет вкусы и манеры, позволявшие ей сопровождать мужчин на приемы и официальные мероприятия, не вызывая неловкости ни у них, ни у себя. В то же время она произвела на меня впечатление холодной и отстраненной; в ее поведении было даже что-то асексуальное. Хотя тот способ, которым она зарабатывала, пробудил в моем уме вопрос о ее антисоциальных тенденциях, она выглядела замечательно прямой и честной со мной — в той мере, в какой я мог судить, имея в виду информацию о ее жизни и деятельности.

Она настаивала на деловых, неэксплуатирующих отношениях с клиентами. Она, казалось, испытывала гордость от того факта, что все взаимоотношения управлялись деньгами, и каждый получал ровно то, за что заплатил. Она рассказывала о своем промискуинном половом поведении, начиная с подросткового возраста, в контексте бурных ссор с матерью, которая тщетно пыталась ее контролировать. Не было никакой другой информации о том, что она нечестна или обманывает. Она боялась пристраститься к анксиолитикам и хотела получить психологическое лечение: ей сообщили, что ее симптомы имеют, возможно, психологические источники.

Хотя ее мотивация к лечению казалась адекватной, она демонстрировала поразительно небольшую эмоциональную интроспекцию и конкретность в своих наблюдениях относительно самой себя, а также и людей, имевших важное значение в ее жизни, что вначале подрывало мои попытки лучше понять ее нынешние бессознательные конфликты. Ее поверхностное дружелюбие маскировало лежащую под ним отстраненность, которая вначале делала наши сеансы трудно переносимыми для меня. Я решил работать с ней в

режиме психоаналитической психотерапии два раза в неделю и разобраться с этической дилеммой (получать деньги, заработанные проституткой) позже. После нескольких месяцев психотерапии благодаря явной нарциссической структуре ее личности и отсутствию противопоказаний я решил перейти к психоанализу как таковому — четыре сеанса в неделю.

Через несколько месяцев доминирующей на сеансах темой стали усилия пациентки удовлетворить двух ее клиентов, которые, как она считала, предъявляют к ней чрезмерные требования. У меня было впечатление, что именно ее открытость и конкретность в сочетании с заметной отстраненностью и, в дополнение, с сексуальной доступностью, привлекали к ней этих мужчин.

Мои первоначальные попытки интерпретировать выставление г-жой Ш. своих мужчин передо мной напоказ как утверждение своей независимости и защиту от эмоциональной вовлеченности в наши отношения ни к чему не привели. Я не мог обнаружить никакого развития переноса, кроме ее постоянной эмоциональной недоступности. Однажды, однако, я был поражен: она сказала, что говорила недавно одному из своих клиентов, что действительно любит его, что он единственный мужчина в ее жизни, а затем, всего лишь через несколько дней, говорила то же самое другому мужчине.

Это был первый раз, когда я мог наблюдать ее ложь, и я выразил свое удивление. Она ответила, что совсем не лгала: она имела в виду именно то, что говорила в обоих случаях. Она полностью честна, и если эти мужчины сделали вывод из ее слов, что ее чувства будут продолжаться вечно, это их проблема.

Она сказала это так естественно, не пытаясь быть провокативной, что мне было трудно ответить так, чтобы мой ответ не выглядел моралистическим. Я спросил ее, считает ли она, что в отношениях мужчин и женщин могут возникать некоторые более стабильные чувства, когда заявление “Ты мужчина моей жизни” означает преданность. Г-жа Ш. презрительно улыбнулась и сказала, что это, конечно, бывает — в фильмах, но не в реальной жизни. Она добавила, что считает любые отношения не более чем коммерческими операциями, и это ее устраивает.

В течение нескольких следующих недель, я, указывая на противоречие между этим заявлением и ее преданностью дочери, попытался указать на защитную природу отрицания ею эмоциональных отношений. Тогда г-жа Ш. заговорила о мужской сексуаль-

ной промискуинности, о неспособности мужчин к сохранению любых отношений, что привело ее прямо от отношений с ее нынешними покупателями к воспоминаниям об отце. В этом контексте она настаивала, что не злится и не обижается на отца, у нее вообще нет чувств к нему и ей доставляет удовольствие общество обоих мужчин, которые пытаются углубить свои отношения с ней. Эти двое мужчин, продолжала она, конечно, женаты, и просто пытаются обогатить свою жизнь наличием оплачиваемой любовницы в другом городе. Но, к счастью, она не является одной из тех глупых женщин, которые действительно нуждаются в сексе вместе с защитой. Она способна сохранять голову чистой и не попадать в эмоциональные ловушки.

Тогда я внес тему ее холодности и отстраненности на наших занятиях. Она относится ко мне, сказал я, так, будто это еще одна коммерческая сделка: она платит мне в надежде, что я удовлетворю ее потребность в избавлении от симптомов. Она, блюдя себя, боится попасть в ловушку эмоциональных взаимоотношений, которые, по некоей причине, считает опасными. Г-жа Ш. сказала, что, конечно, это коммерческая сделка. Она заметила, что ценит мое объективное, деловое отношение, и добавила: у нее нет сомнений, что в других обстоятельствах для нее не составило бы труда соблазнить меня сексуально.

Я спросил ее, что она имеет в виду, и она ответила, что несмотря на все мои разговоры об эмоциональной преданности, она может затащить меня к себе в постель; она знает, что я женат, но убеждена, что я не отличаюсь от других мужчин. Она добавила, что знает, или, скорее, предполагает, что я не лягу к ней в постель, пока она является моей пациенткой, потому что я не хочу повредить своей профессиональной репутации, делая это. Однако, если бы она попыталась подцепить меня в каком-нибудь элегантном отеле в городе, она полностью уверена, что добилась бы успеха.

Тогда я предложил ей исследовать последствия такого предполагаемого успеха: что бы это говорило обо мне, если бы, не зная ее в другом качестве, я бы поддался на искушение лечь с ней в постель в ходе подобной встречи? Вначале она отказалась дальше исследовать этот вопрос, заявив, что это будет смешная "игра ума". Она продолжала, что ощущает свою власть, знает, что может соблазнить любого мужчину, которого захочет, в том числе и меня. Но ей также не нравилась мысль, что меня можно соблазнить. По мере развития ее фантазий по поводу того, что это мо-

жет говорить обо мне, она впервые со времени начала лечения разозлилась и расстроилась.

Разозлилась, потому что я буду неверен своей жене и, следовательно, подорву ее веру в то, что я “другой”. Она поправила себя, сказав, что это абсурд, поскольку в данной ситуации я для нее просто незнакомец, но она все равно расстроена. Я сказал, что сейчас у меня возникло впечатление, что она морализирует (то, что я лягу в постель с другой женщиной, а не со своей женой, сделает меня никчемным, бесчестным человеком) и боится признаться себе и мне, что у нее возник мой идеальный образ — образ мужчины, для которого секс будет не частью коммерческой сделки, а частью преданных любовных отношений. Я добавил, что ее обычная индифферентность и отстраненность защищает ее как от морализаторского отношения к сексу, так и от тайной надежды интегрировать секс и любовь, что она пыталась рисовать меня в уме как мужчину-робота, чтобы избежать своей ненависти ко мне как к аморальному мужчине и любви ко мне как к идеальному мужчине, для которого секс — это не только коммерческая сделка.

В последующие недели, одновременно или быстро чередуясь, произошло несколько событий. Пациентка почувствовала досаду на то, что я назвал ее моралисткой, и сказала, что, напротив, она всегда подозревала, что моралистом являюсь именно я и поэтому критикую ее за то, что она девушка по вызову. В конце концов стало ясно, что приписываемое мне морализаторское отношение отражало проекцию в переносе ее пробуждающей вину “пуританской” матери. Она также сказала, что, конечно, я защищаю позицию мужчин, что они имеют право на секс со многими женщинами, поскольку это так удобно, но я, конечно, не потерплю, если моя жена ляжет в постель с другим мужчиной. Она также разозлилась на меня, поскольку чувствовала, что я манипулирую ею и контролирую ее. Она поинтересовалась, не исследую ли я все эти темы потому, что хочу вовлечь ее в эмоциональную близость как в “косвенную форму сексуального соблазнения”, и она противопоставляла это прямоте двух мужчин, в отношения с которыми была вовлечена.

Г-жа Ш. иллюстрировала превращение нарциссической отстраненности и невовлеченности в переносе в транзиторный психопатический перенос (“каждый стремится получить максимум от другого человека, а чувства в счет не идут”). При анализе психопатического переноса возник параноидный перенос в контексте ее нена-

висти к промискуинному предателю-отцу и ее бессознательной идентификации с негодующей, морализирующей, запрещающей матерью и проекции [ее образа на меня].

На последующей стадии лечения г-жи Ш. проявились процессы оплакивания потери потенциально хороших отношений с мужчиной в юности, наряду с сильными чувствами благодарности ко мне, смешанными с негодованием на мои отношения с женой и завистью к ней, о чем я уже не буду здесь писать.

Моя пациентка считала, что любые близость или преданность — обман, и что терапевт, изображая интерес, на самом деле нечестен. Можно спорить, что это скорее обычный нарциссический перенос, а не психопатический перенос. Но упорный и всепроникающий характер ее убежденности, что все человеческие отношения являются "коммерческими" и что не существует длительной преданности, делает этот перенос психопатическим. Это правда, однако, что в отличие от г-на Т., г-жа Ш. никогда не обманывала меня в наших отношениях.

В целом, пациенты с тяжелой нарциссической патологией характера могут демонстрировать другой тип переноса в дополнение к психопатическому, тип, который я называю *перверсным*. Этот тип переноса характеризуется тем, что пациент с радостью превращает любовь в ненависть, доверие в продажность, а все, что он воспринимает в терапевте как хорошее или потенциально помогающее, — в нечто дурное и вредное. Перверсный перенос содержит в себе как либидинальные, так и агрессивные элементы, в которых любовь извращена ненавистью. В отличие от этого, в психопатическом переносе нечестность и обман являются главной защитой от возникновения параноидного переноса при меньшем внутреннем удовольствии, связанном с деструктивностью в переносе.

Как психопатические, так и перверсные переносы имеют тенденцию сменяться параноидными переносами в ходе их аналитического разрешения. Хотя нарциссические переносы также могут переключаться на параноидные переносы, но развитие переноса у многих нарциссических пациентов без антисоциальных элементов, эго-синтонной агрессии или параноидных черт личности может вести прямо к возникновению депрессивных переносов во время разрешения нарциссических сопротивлений (депрессивные переносы будут описаны ниже).

Говоря в технических терминах, даже с пациентами, у которых психопатические переносы не доминируют, аналитику следует проявлять бдительность, если пациент утаивает важную информацию или не хочет обсуждать тему, возникающую на сеансах.

Могут наблюдаться периоды, когда у аналитика возникает смутное чувство, что пациент не полностью делится тем, что приходит ему в голову. Я не имею сейчас в виду обычные задержки в потоке свободных ассоциаций, или длительные паузы, или предположение аналитика, что у пациента есть особая тайная область переживаний, которую он не хочет раскрывать. Я имею в виду продолжающееся ощущение аналитика, что важные темы размышлений или жизни пациента, темы, которые имеют важнейшее отношение к ситуации лечения, сознательно утаиваются.

Сталкиваясь с подобной ситуацией, я нахожу полезным, часто просто на основе длительного развития моих собственных контртрансферентных реакций, поделиться с пациентом своим ощущением, что он не полностью откровенен со мной. Я могу сказать нечто вроде: "Я борюсь с ощущением, что вы не полностью откровенны со мной, важные темы скрываются вами здесь, на сеансах. Я не могу сформулировать это более точно и даже не могу сказать, является ли это действительно вашей проблемой или проблемой моего восприятия вас. Что вы думаете об этом?"

В качестве реакции на такие замечания некоторые пациенты ищут в себе то, что они могут утаивать без полного осознания, тогда как другие подтверждают, что они действительно скрывают информацию, и делятся причинами такого поведения. В целом, пациенты без психопатических переносов испытывают озабоченность и даже тревогу по поводу "недоверия", испытываемого терапевтом, тогда как пациенты с истинно психопатическими переносами могут просто отвергнуть озабоченность терапевта, сказать ему, что это его проблема, и продолжают вести себя как обычно, как будто ничего не случилось.

Коротко говоря, реакции пациента на исследующие замечания терапевта о возможности обмана в переносе обычно открывают дорогу дальнейшему исследованию данного вопроса. В типичном случае пациента, который (как г-н Т.) с вызовом подтверждает свой обман, терапевт может впоследствии исследовать вместе с пациентом, что означает его убеждение: он не может быть честным в их взаимоотношениях. Это разрушает возможность подлинного понимания и помощи от лечения. Исследование внутреннего мира, в котором

обман и недоверие являются правилом (быть честным значит быть обреченным на уничтожение), напоминает роман “1984” Джорджа Оруэлла. Это тот внутренний мир, который нуждается в исследовании, чьи самодеструктивные особенности должны быть прояснены и проинтерпретированы в переносе, чьи последствия для жизни пациента должны подвергнуться конфронтации.

Параноидные переносы

Существует много пациентов с пограничной организацией личности, чьи преимущественно негативные переносы содержат в себе сильные параноидные элементы, проявляющиеся с самого начала лечения. Хотя очень параноидные пограничные пациенты могут оказаться более трудными для лечения, чем более гладко функционирующие пациенты с психопатическими переносами, в действительности гораздо легче исследовать проективные идентификации, отражающие примитивные интернализованные преследующие объектные отношения при параноидных переносах. Конечно, пациенты с параноидными психозами (не трансферентными психозами, но психотическими структурами, предшествующими лечению) также проявляют — часто психоаналитически недоступное — бредовое параноидное развитие переноса. Там, где такие переносы являются результатом проработанных прежде психотерапевтических переносов, параноидные элементы могут быть особенно сильны и выражаются в серьезных искажениях терапевтических отношений, вплоть до развития трансферентного психоза.

Здесь может помочь техника, описанная мной раньше (1984), предназначенная для работы с параноидной регрессией в переносе. Если пациент серьезно искажает реальность поведения терапевта, терапевт говорит пациенту, что, с его точки зрения, их реальности полностью различны и несовместимы. Конфронтация пациента с этими несовместимыми реальностями воспроизводит ситуацию, возникающую, когда “сумасшедший” и “нормальный” пытаются общаться друг с другом без постороннего свидетеля или арбитра, который мог бы выяснить, что же является реальностью. Единственной альтернативой существованию действительно несовместимых реальностей является то, что терапевт лжет пациенту; и если пациент убежден в этом, это необходимо исследовать дальше.

Интерпретация пациенту того, что, как думает терапевт, является подоплекой его нечестности, может прямо привести к другим аспектам психопатических переносов и предшествовавших им объектных отношений пациента в раннем детстве. В некоторых случаях терапевт должен исследовать параноидную регрессию пациента в терминах активации "психотического ядра" (области в переносе, в которой проверка реальности полностью утеряна, и изолированный, но стабильный бред в отношении терапевта доминирует в ситуации лечения) в переносе, проверяя еще раз ту степень, в которой неразрешенные психопатические переносы (мнение пациента, что терапевт лжет) нуждаются в дополнительном исследовании.

По моему опыту, в случае бреда в переносе терапевт, сообщающий о своей терпимости к несовместимым реальностям и полностью исследующий последствия данного явления для отношений пациента и терапевта, может постепенно прийти к интерпретативному разрешению психотического ядра и самого параноидного переноса. Преимущественно параноидные переносы обычно характеризуются глубокой примитивной агрессией в форме "очищенных" агрессивных внутренних частичных объектных отношений, отщепленных от идеализированных Я- и объект-репрезентаций пациента.

Клинические примеры

Г-н Р., бизнесмен, около пятьдесяти, обратился ко мне, потому что был избирательно импотентен с женщинами своего социально-экономического и культурного уровня, хотя был потентен с проститутками и женщинами более низкого социально-экономического происхождения. У него были страхи стать гомосексуалистом и проблемы в отношениях на работе. Г-н Р. много пил, в основном в связи с тревогой по поводу своей сексуальной полноценности с женщинами. Он был сыном крайне садистского отца, регулярно бившего своих детей, и ипохондричной, хронически жалующейся и покорной матери, которая, как считал пациент, не могла как следует защитить детей от отца. Сам пациент, второй из пяти детей, воспринимал себя излюбленной мишенью агрессии со стороны отца и мишенью подразнивания и отвержения со стороны старшего брата. Его диагностическое обследование выявило тяжело параноидную личность, пограничную орга-

низацию личности и сильные, подавленные гомосексуальные позывы. Лечением была выбрана психоаналитическая психотерапия — три раза в неделю.

В один из моментов лечения г-н Р. несколько раз сделал неопределенные замечания, показавшиеся мне недружелюбными. Когда я приветствовал его в начале сеансов, он сообщал мне, что чувствует, как я раздражен, видя его. В контрасте с этими неопределенными жалобами однажды он сказал мне, сильно гневаясь и возмущаясь, что я плюнул на тротуар, когда увидел его, идущего по другой стороне улицы.

Я спросил его: действительно ли он убежден, что, увидя его, я плюнул. Он, разъярясь, ответил, что знает это, и не надо делать вид, будто это неправда. Когда я спросил, почему я повел себя так по отношению к нему, г-н Р. злобно ответил, что его не интересует моя мотивация, даже мое поведение, которое полностью несправедливо и жестоко. Мои предшествующие попытки интерпретировать его ощущения, что я чувствую неудовольствие, неодобрение и даже отвращение к нему как активацию в переносе его отношений с садистским отцом, ни к чему не привели. Он только гневно ответил, что я сейчас чувствую себя вправе третировать его так же, как это делал его отец, так же, как и любой в его офисе. Он крайне разъярился, когда я выразил — больше в тоне и жестах, чем в словах — свое полное удивление по поводу его заключения, что я плюнул, увидев его. Он сказал мне, что с трудом контролировал свое желание ударить меня, и, конечно, я боялся, что он может физически напасть на меня.

Я сказал ему, что это впечатление полностью ошибочно: я не видел его, и у меня нет воспоминания о каком-либо жесте, который можно было бы интерпретировать как плевок на улице. Я добавил, что в свете того, что я говорю, он должен решить, лгу я ему или говорю правду, но я только могу настаивать на том, что абсолютно, полностью убежден в этом.

Г-н Р. был, казалось, смущен моим категоричным заявлением. Мое большое внимание и отношение к нему, которое он не мог не воспринимать как заинтересованную и честную попытку найти с ним контакт, несколько успокоили его. В то же время он попытался обосновать отсутствие противоречия между его наблюдением и моим заявлением, сказав мне, что я, возможно, не осознавал своего поведения на улице и что, полностью не осознавая этого, увидел его там.

Я настаивал на принципиальной несовместимости наших взглядов на реальность. Я сказал, что его обвинения являются кульминацией периода из нескольких недель неопределенных замечаний о моем поведении и что, в свете его заявления о моем поведении на улице, я воспринимаю это как признак того, что один из нас — сумасшедший. Или я абсолютно рассеян в своем поведении по отношению к нему, или он систематически неправильно интерпретирует мое поведение в терминах своей убежденности. Я также сказал ему, что его желание избить меня и устроить сцену насилия выражает не только его гнев на мое поведение, но также и попытку создать в реальности нашего взаимодействия драку, которая подтвердит его взгляд на реальность и будет препятствовать осознанию им полной несовместимости между тем, что мы считаем реальным.

Его приписывание мне агрессии, которую он не осмеливался признать в себе — попытка контролировать мое поведение и вызвать у меня агрессивную реакцию, которой он опасается, — и в то же время его попытка контролировать меня как выражение страха перед собственной, теперь осознанной агрессией, отражали типичную проективную идентификацию. Но вместо того, чтобы интерпретировать этот механизм, я подчеркнул несовместимость наших восприятий реальности как таковых, высвечивая существование психотического ядра, которое я описал ему как сумасшествие, явно присутствующее на сеансе, не локализуя его ни в ком из нас.

Реакция г-на Р. была драматической. Он внезапно разразился слезами, попросил меня простить его и заявил, что чувствует интенсивный импульс любви ко мне и боится его гомосексуального характера. Я сказал ему, что осознаю, что, выражая это чувство, он признает свое восприятие реальности нереальным, что он ценит то, что я остался на его стороне и не вступил в ссору, и он теперь воспринимает меня как противоположность своему реальному отцу, как идеального, теплого и дающего отца, о котором тоскует. Г-н Р. признал эти чувства и заговорил более свободно, чем прежде, о своей тоске по поводу хороших отношений с сильным мужчиной.

Я, однако, вернулся к его переживанию, будто бы я плюнул, когда увидел его. Я был озабочен тем, произошла операция расщепления с внезапным переключением переноса, отражающим скорее диссоциацию психотического опыта, чем его разрешение. Г-н Р. очень не хотел продолжать обсуждение переживания того,

как я унизил его. В течение нескольких последующих сеансов он ощущал, что мои попытки вернуться к этому переживанию означают отвержение его самого и его желаний быть принятым и любимым мной. В конце концов после работы с этим страхом он стал способен исследовать свои фантазии о значении того, что считал унижением себя. Оказалось, вопреки моей более ранней интерпретации о том, что это был его отцовский перенос, определивший его подозрительность ко мне, мое "сумасшедшее", обесценивающее поведение напомнило ему о лицемерии его матери, которая делала вид, что любит своих детей, при этом избегала любой конфронтации с отцом, чтобы защитить их. В целом это был перенос комбинированного образа примитивного, крайне садистского родителя и предшественника Супер-Эго.

Я должен подчеркнуть крайнюю деликатность и потенциально рискованный аспект работы с состояниями тяжелой параноидной регрессии. Технический подход, описываемый мной, имеет важные ограничения: он безусловно противопоказан пациентам с общей потерей проверки реальности — т.е. с активным психотическим заболеванием. Я не могу лишний раз не подчеркнуть важность точного дифференциального диагноза между параноидной личностью и параноидным психозом до принятия решения о психоаналитической психотерапии с заметно параноидным пациентом. Я также считаю этот подход бесполезным при попытке психотерапевтического лечения антисоциального расстройства личности. Синдром злокачественного нарциссизма, с моей точки зрения, находится на границе того, чего еще можно достигнуть психоаналитической психотерапией.

В целом, необходимо оценивать тяжесть характерологически интегрированной агрессии пациента, его контроля над импульсами, степени того, насколько некоторые черты Супер-Эго (такие, как обычная мораль) еще присутствуют. Все это определяет риск опасного отыгрывания вовне агрессивного поведения как части параноидной регрессии. На позитивном полюсе успешная диагностика и аналитическое разрешение психотического образа в переносе и тяжелой параноидной регрессии в целом могут иметь драматические терапевтические последствия в терминах улучшения тяжелой патологии характера.

Я также применял технику интерпретации "несовместимых реальностей" в лечении пациентов с сильными мазохистскими черта-

ми личности и связанными с этим садомазохистскими переносами. Проиллюстрирую это на следующем примере. Г-жа С., художница, около сорока лет, обратилась ко мне по поводу хронической депрессии и трудностей, возникающих во взаимоотношениях с мужчинами и близкими подругами, которые завершали свои отношения с ней после некоторого времени по причинам, остававшимся пациентке неясными. До сих пор она не смогла установить длительные, удовлетворительные отношения с мужчиной. Она была единственным ребенком своих родителей, находившихся в постоянном супружеском конфликте. Мать в течение всей жизни злоупотребляла различными препаратами и страдала от тяжелых депрессий и эмоциональных кризисов, когда она кричала, бранила своего пассивного и кроткого мужа, тиранизировала дочь. Пациентка описывает хаос своего раннего детства, ужас перед матерью и краткие проблески теплых отношений с отцом, прерывавшиеся долгими интервалами, когда он был для нее недоступен, в основном из-за его продолжительных отлучек. Его приглашали работать за границей, и он также, возможно, просто избегал семью и дом.

Диагностическая оценка г-жи С. выявила человека с твердой Эго-идентичностью и невротической организацией личности, но с тяжелой патологией характера с преобладанием садомазохистских и параноидных особенностей. Я рекомендовал психоанализ, и г-жа С. начала лечение, четыре сеанса в неделю. На втором году садомазохистские черты пациентки начали доминировать в отношениях переноса, особенно в то время, когда пациентка чувствовала понимание и эмоциональную близость ко мне. На сеансах она внезапно испытывала сильный страх без возможности выяснения его источника; тогда она внезапно воспринимала меня как нетерпеливого, доминирующего и контролирующего.

Иногда атмосфера сеансов менялась в течение нескольких минут — от расслабленного, доверительного общения к эмоциональному переживанию сильной подозрительности и ярости. Когда я выражал удивление по поводу этого изменения, г-жа С. выражала еще большую ярость по поводу моего отрицания (именно так она воспринимала его), моего нетерпеливого, жесткого отношения. Вопросы, которые мы рассматривали, могли различаться, но последовательность оставалась всегда той же самой. Попытки прояснить, что в моем отношении или заявлениях произвело на пациентку впечатление непонимания, критики или нетерпения, вели только к бесконечным пережевываниям особого значения слова или

предложения, которые я использовал, и к усилиям с ее стороны получить от меня подтверждение, что я по-прежнему хорошо думаю о ней, люблю и не критикую ее. Все усилия, направленные на то, чтобы работать с этими ее требованиями, с ее внезапной потребностью в подтверждениях в аналитическом ключе, оказывались неэффективными.

Моя рабочая гипотеза состояла в том, что г-жа С. боится углубления своих позитивных чувств ко мне, потому что они могут иметь сексуальное значение, что ее чувства вины по поводу позитивных эдиповых фантазий определяют активацию садомазохистских особенностей в переносе. Попытки исследовать материал по этим линиям, однако, не приводили к успеху. Г-жа С. отрицала любые сексуальные чувства ко мне и обвиняла меня в попытке промыть ей мозги своими теориями. По мере того как эти последовательности — сеансы тихого исследования ее чувств, за которыми следовали ее страстные ответные обвинения в несправедливом к ней отношении — продолжались, ее гневные реакции на мое подразумеваемое пренебрежение к ней становились все более интенсивными.

Г-жа С. начала теперь передразнивать меня, карикатурно изображая мой голос и высказывания, при этом обвиняя меня в том, что я смеюсь над ней. Она также стала чувствовать себя более депрессивной. Она ругала себя как никчемную и презренную личность, ругала меня, что я веду себя с ней по-садистски, бесчувственно, ригидно и безразлично.

В конце концов я сказал, что все мои попытки прояснить, почему она чувствует, что я плохо обращаюсь с ней, потерпели неудачи: мы столкнулись с фактом, что она переживает состояние, в котором на нее действуют три угрозы. Во-первых, она чувствует, что я беспощадно нападаю на нее; во-вторых, она сама беспощадно нападает на себя, заявляя, что она никчемная, чувствуя еще большую депрессию; в-третьих, в ответ на то, что она воспринимает как мои атаки на нее, она также бурно нападает на меня, передразнивая и высмеивая мои высказывания, обвиняя в том, что я полностью никчемный и не заслуживающий доверия аналитик. Таким образом, она также теряет меня как потенциально способного помочь терапевта.

Я сказал, что она ощущает себя подвергающейся этой трехсторонней атаке, общей чертой которой является неустанное, враждебное, садистское передразнивание и унижение другого челове-

ка, иногда локализованное в ней и нападающее на меня, в другое время локализованное во мне и нападающее на нее, и в течение всего времени локализованное в ней в форме нападок на саму себя. Я сказал, что это напоминает мне то, как она описывала свои отношения с матерью в прошлом, в своих отношениях со мной она отыгрывает отношение с матерью с частой переменой ролей: она чувствует, что я отношусь к ней так, как мать относилась к ней раньше, или она относится ко мне так, как мать относилась к ней, и большую часть времени она относится к самой себе так, как будто мать внутри нее нападает на нее.

Г-жа С. гневно отвергла мои интерпретации как попытки обелить свое собственное поведение. На протяжении периода в несколько месяцев все мои попытки интерпретировать этот паттерн терпели неудачу. В конце концов я решил конфронтировать пациентку со своей убежденностью в том, что ни одно из агрессивных действий, которые она мне приписывает, не соответствует реальности. Я сказал ей, что убежден: ее взгляды полностью иррациональны и не соответствуют реальности, так что я больше не стану исследовать все те примеры, которые она приводит в качестве демонстрации моего плохого поведения. В то же время, подчеркнул я, она убеждена в том, что я плохо обращаюсь с ней, так что мы столкнулись с ситуацией несовместимых реальностей на наших сеансах.

Г-жа С. выразила свое изумление узостью и ригидностью моего подхода. Я совсем не веду себя сочувственно и понимающе, так, как по ее мнению, должны вести себя психоаналитики. Я согласился с ней, что ее восприятие меня расходится с образом понимающего терапевта, и для нее было бы обоснованным спросить себя, ее ли это проблема, или она оказалась в кабинете узколобого, ригидного и некомпетентного психиатра.

Г-жа С. немедленно обвинила меня в попытке избавиться от нее. Я возразил, что просто исследую логику ситуации, не предлагая ей закончить лечение, но при этом указываю на нелогичность ее желания продолжить терапевтические отношения, которые она описывает только как источник страдания и от которых чувствует себя хуже. Г-жа С. была так искренне обеспокоена, что я могу закончить ее лечение, что внезапно смогла осознать противоречие. Я интерпретировал это противоречие как ее отыгрывание со мной отношений с плохой матерью: я был ужасной матерью, но (в ее фантазии) альтернативой было остаться совсем одной.

Г-жа С. начала исследовать эту возможность, погрузившись в размышления, но всего через несколько сеансов снова стала обвинять меня в жестком, доминирующем, нетерпеливом, черством поведении. Я немедленно дал ей знать, что мы снова оказались в области несовместимых реальностей, и в этот раз мое замечание привело ее к дальнейшему исследованию пугающих и хаотических отношений со своей матерью. Другими словами, конфронтация наших несовместимых реальностей облегчила ей осознание искаженности своего взгляда на меня в трансферентной регрессии; она смогла продолжить аналитическую работу.

Можно спорить, что, явно диссоциируясь от трансферентного искажения, я осуществлял нечто вроде "предохранения от переноса", противоположного потребности облегчать углубление переноса, чтобы интерпретировать его. Иными словами, я выполнял поддерживающий маневр, чтобы уменьшить трансферентную регрессию. Можно также спорить, что, остро и категорично противопоставляя свое суждение суждению пациентки, я отрицал возможность своего участия в переносно-контрпереносной связке и упражнялся в сомнительном проявлении своей власти.

Я могу возразить, что пытался интерпретировать бессознательные детерминанты переноса в течение многих месяцев с момента возникновения данной трансферентной регрессии, пытался анализировать темы реальности, которые могли запускать или даже оправдывать реакции пациентки в переносе. И, конечно, всегда присутствует некоторый элемент реальности в отношении терапевта, вокруг которого кристаллизуется трансферентная регрессия. Здесь, однако, такое тщательное исследование не позволило разрешить трансферентную регрессию аналитически или отделить реальность от фантазии. Поскольку я не пытался убедить пациентку, что был прав, а она не права, а, наоборот, подчеркивал, что правота или неправота менее важны по сравнению с существованием несовместимых реальностей, я не просто пытался ослабить трансферентную регрессию — скорее, я высвечивал структурные аспекты регрессивного переноса. В обычных условиях, когда пациент способен отличать отдельные трансферентные фантазии от реальной ситуации, описываемый мной технический подход не необходим и не показан.

Заявляя то, как я воспринимаю реальность, вслед за настоянием г-жи С., будто пытаюсь избавиться от нее, я спросил, действительно ли она считает, что если бы я считал, что следует закончить

лечение, я не сказал бы ей об этом прямо. Г-жа С. после некоторого размышления ответила, что действительно считает, что я не испугался бы и дал ей знать, что не хочу больше встречаться с ней. Прямота моего заявления помогла ей увидеть, что я не боюсь сказать ей правду. Этот разговор знаменовал появление способности г-жи С. признавать противоречивые аспекты своего поведения на сеансах, а также ее бессознательные усилия по сохранению моих преследующей и идеализированной репрезентаций.

Обсуждение аналитиком правды — включая правду об агрессии — имеет для пациента подкрепляющую функцию, укрепляя его в том, что в аналитической ситуации можно все обсуждать без страха. Долгосрочным результатом этой фазы анализа г-жи С. была ее постепенная проработка слитного эдипова-преэдипова материнского переноса. Прошлые, почти психотические отношения между нею и ее матерью блокировали путь (посредством примитивных идентификаций Супер-Эго) к исследованию более развитых эдиповых конфликтов.

С технической точки зрения, важно, что, когда терапевт подчеркивает несовместимые реальности в ситуации лечения, он делает это не в форме спора с пациентом, что было бы отыгрыванием контрпереноса в результате тяжелых садомазохистских переносов, но с позиции технической нейтральности — т.е. с заинтересованной объективностью. Само собой разумеется, что если отыгрывание контрпереноса в ответ на такие регрессивные переносы имеет место, терапевт должен признать свое поведение, не обременяя при этом пациента рассказом о более глубоких источниках своего контрпереноса.

Депрессивные переносы

Депрессивные переносы — это те переносы, которые показывают способность пациентов к признанию прежде не признававшихся, неприемлемых аспектов собственной личности, особенно не признававшихся аспектов агрессии. Сделанное Якобсон (Jacobson, 1964) описание уровней развития Супер-Эго дает нам теоретическую основу для понимания взаимоотношений между психопатическими, параноидными и депрессивными механизмами. Это описание, включающее в себя последовательное развитие, во-первых, агрессивных преследующих предшественников Супер-Эго; во-вто-

рых, следующий уровень идеализированных предшественников Супер-Эго; и, в-третьих, более реалистические интроекты, исходящие из эдипова периода — и постепенную интеграцию этих уровней, — дает нам очерк развития патологического функционирования Супер-Эго.

Там, где преобладает чрезмерная ранняя агрессия — из-за генетических, конституциональных или средовых факторов, связанных с ранними отношениями младенца и матери или чрезмерной семейной патологией в первые пять лет жизни, — агрессивный уровень развития Супер-Эго доминирует настолько, что путем проекции он населяет мир ранних переживаний преследующими фигурами. Этот преследующий мир препятствует установлению идеализированных предшественников Супер-Эго. Вместо этого строится преимущественно параноидный мир объектных отношений, который, в конце концов, отражается в параноидных переносах. Практически полное отсутствие компенсаторных идеализированных взаимоотношений может вести к практически полному разрушению интернализированных объектных отношений; либо зарядка "Я" силой, либо (в качестве вторичного развития) психопатическая манипуляция отношениями, "параноидная тяга к предательству", описанная Якобсон (Jacobson, 1971b), становятся единственными способами выжить. Психопатическое развитие и соответствующие переносы, являются, таким образом, вторичной переработкой защиты от лежащего за ними параноидного мира.

Если же остаются существенные возможности для идеализированных отношений, позволяющие установить как идеализированные, так и преследующие объектные отношения, то идеализация самого себя и нарциссическое отрицание потребностей в зависимости может стать путем развития, альтернативным параноидным страхам. Эти условия ведут к доминированию нарциссических защит, оберегающих от нижележащих параноидных тенденций и, когда патологически грандиозное "Я" пропитывается агрессией, — к развитию перверсности. У обычных пограничных пациентов механизмы расщепления способствуют чередующейся активации соседствующих друг с другом идеализированных и параноидных переносов.

Если, однако, идеализированные предшественники Супер-Эго и преследующие предшественники Супер-Эго смогут интегрироваться и взаимно ослабить друг друга, то могут быть интернализованы также и более реалистические интроекции Супер-Эго эдипова

периода, ведущие к нормальной интеграции эдипова Супер-Эго с полным развитием способности к реалистической самооценке и самокритике. Мелани Кляйн (Klein, 1940, 1946) первая сформулировала динамику интимной связи между тем, что она назвала параноидно-шизоидными и депрессивными механизмами. Хотя предлагаемая ею датировка этого развития и отсутствие рассмотрения структуризации более развитого Супер-Эго являются ограничениями ее подхода, общие механизмы и взаимоотношения между параноидным и депрессивным переносом, которые она описала, представляют большую важность.

Ослабление проективных механизмов и параноидных переносов подразумевает, что пациент начинает постепенно осознавать интрапсихические источники собственной агрессии; впервые развивается подлинное переживание вины, раскаяния, заинтересованности в терапевте и тревоги по поводу возможности восстановления их отношений. Пациент начинает осознавать, что его атаки направлены не на плохого, садистского, тираничного или бесчестного терапевта, а на хорошего терапевта, который пытается ему помочь. Такое развитие знаменует начало депрессивных переносов, характерных для более развитых стадий психодинамической психотерапии пограничных пациентов, так же как и для любой стадии психоаналитического лечения пациентов с невротической организацией личности, указывая при этом на то, что существует достаточный уровень интеграции. Пациенты теперь становятся способны рефлексировать значение своего поведения и интегрировать прежде отщепленные образы идеализированного и преследующего терапевта в контексте одновременного развития интегрированного взгляда на их родительские образы, в терминах идеализированных и преследующих аспектов их репрезентаций.

Наиболее важной проблемой на этой стадии лечения может быть то, что терапевт не осознает начинающуюся в пациенте перемену. Ранними признаками депрессивного потенциала может оказаться более внимательное по отношению к другим людям поведение при сублиматорном функционировании вне лечебной ситуации.

Одной из причин, по которой это улучшение может пройти незамеченным, является развитие негативных терапевтических реакций из чувства вины. Это негативная терапевтическая реакция более высокого уровня, чем та, которая возникает у нарциссических личностей, чьи негативные терапевтические реакции обычно отражают бессознательную ненависть к терапевту.

Наиболее драматичными признаками доминирования депрессивных переносов на более поздних стадиях лечения пограничных пациентов являются растущая способность пациентов эмпатически чувствовать переживания терапевта — иногда до степени развития сверхъестественной способности интерпретировать поведение терапевта: их озабоченность “поддержанием жизни” того, что было получено ими в терапии; их способность к независимой работе над темами, возникшими в лечении, за пределами лечебных сеансов; их выражение зависимости от любви к терапевту, а не поверхностная “как бы” демонстрация сотрудничества в поиске дополнительных удовлетворений.

То, что я описал, является, конечно, схематичным и упрощенным. В периоды хаотического смешения переносов, исходящих из различных источников и уровней развития, при лечении пограничных пациентов депрессивные, параноидные и психопатические черты могут существовать и перемешиваться в рамках одних и тех же трансферентных реакций. Величайшее значение имеет способность терапевта ориентироваться в том, каковы приоритеты в исследовании таких хаотических переносов: я нахожу крайне полезным обращение к психопатическим переносам и разрешение их до фокусирования на параноидных аспектах материала, а затем разрешение устойчивых параноидных элементов до глубокого исследования депрессивного развития.

Часть V
ПСИХОДИНАМИКА ПЕРВЕРСИИ

15. СООТНОШЕНИЕ ПОГРАНИЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ И ПЕРВЕРСИЙ

К рассмотрению перверсий я пришел несколькими путями. Во-первых, психоаналитическое или психотерапевтическое лечение пациентов с пограничной организацией личности регулярно обнаруживало определенные психодинамические черты, обеспечивающие понимание их явно хаотических сексуальных фантазий и поведения, и те же самые черты можно было найти в бессознательных конфликтах при перверсиях. Истоки другого пути берут свое начало в моих исследованиях патологических любовных отношений. Третий путь — в моих предположениях относительно синдрома злокачественного нарциссизма.

Лапланш и Понталис (Laplanche, Pontalis, 1973) дают, как мне кажется, элегантное и краткое психоаналитическое определение перверсии:

> “Отклонение от “нормального” полового акта, который определяется как коитус с другим человеком противоположного пола, направленный на достижение оргазма посредством генитального проникновения.
>
> Перверсия присутствует: там, где оргазм достигается с другими сексуальными объектами (гомосексуальность, педофилия, зоофилия и т.д.) или через другие области тела (анальный коитус и т.д.); там, где оргазм абсолютно подчинен определенным внешним условиям, которые могут быть необходимы сами по себе для получения сексуального удовольствия (фетишизм, трансвестизм, вуайеризм, эксгибиционизм, садомазохизм).

> В более широком смысле “перверсия” обозначает все психосексуальное поведение, сопровождающее такие типичные способы получения сексуального удовольствия”.

В противоположность нынешней тенденции в США называть сексуальное отклонение или перверсию “парафилией” (как это делается в DSM-III и DSM-III-R) я предпочитаю психоаналитическую терминологию “перверсия”, чтобы расширить исследование этого поля в свете последних вкладов британских, французских и канадских авторов.

Ниже я придерживаюсь определения, данного Лапланшем и Понталисом, относительно двух важных модификаций. Я исключаю гомосексуальность по причинам, которые станут ясны в ходе обсуждения, и делаю это определение более строгим, говоря о фиксированном, повторяющемся, принудительном (облигаторном) поведении, необходимом для получения полового удовлетворения.

В более ранней работе (1975) я описывал, как у пограничных пациентов патологически интенсивная прегенитальная и, в частности, оральная агрессия имеет тенденцию проецироваться на родительские фигуры, вызывая параноидное искажение ранних родительских образов, особенно материнского. Поскольку ребенок проецирует в основном орально-садистские (хотя также и анально-садистские импульсы), мать воспринимается как потенциально опасная. Материнская ненависть позже расширяется до ненависти обоих родителей, поскольку ребенок воспринимает их в фантазии как единое целое. Искажение отцовского образа агрессией, которая первоначально проецировалась на мать, а затем была перенесена на него, а также неспособность к дифференциации родителей под влиянием процессов расщепления создают как у мальчиков, так и девочек угрожающий отцовско-материнский образ. Это в результате приводит к тому, что они позже воспринимают все сексуальные отношения как опасные и пропитанные агрессией. В попытке ускользнуть от оральной ярости и страхов происходит преждевременное развитие генитальных устремлений, но эта попытка часто бывает неудачной из-за интенсивности прегенитальной агрессии, искажающей также и генитальные желания.

Обычно у таких пограничных пациентов можно обнаружить следующее. Во-первых, существует избыток агрессии в эдиповых

конфликтах, так что образ эдипова соперника приобретает ужасающие, чрезмерно угрожающие и деструктивные характеристики; кастрационная тревога и зависть к пенису приобретают очень преувеличенную форму; а запреты сексуальных отношений имеют дикий, примитивный характер, проявляясь в тяжелых мазохистских тенденциях.

Во-вторых, идеализации гетеросексуального объекта любви в позитивных эдиповых отношениях и гомосексуального объекта любви в негативных эдиповых отношениях становятся также преувеличенными и приобретают явно защитные функции против примитивной ярости. Следовательно, можно наблюдать как нереалистическую идеализацию и тягу к таким объектам любви, так и возможность быстрого крушения идеализации при быстром переходе от позитивных к негативным (или от негативных к позитивным) объектным отношениям в виде быстрого и тотального переключения. Как следствие, идеализация является хрупкой и преувеличенной при дополнительном осложнении, в случае нарциссической патологии характера в виде легко возникающего обесценивания идеализированных объектов и полного отстранения.

В-третьих, нереалистический характер как угрожающего эдипова соперника, так и идеализированного желаемого объекта обнажает, при внимательном генетическом анализе, существование смешанных отцовско-материнских образов нереального вида, отражающих сгусток частичных аспектов взаимоотношений с обоими родителями. Каждое конкретное отношение с родительским объектом оказывается отражением более сложной истории развития, чем это обычно бывает у невротических пациентов, у которых развитие переноса более тесно связано с реалистическими фиксациями на прошлых событиях.

В-четвертых, генитальные желания пациентов с преимущественно доэдиповыми конфликтами выполняют важные прегенитальные функции. Пенис, например, может приобретать символические функции питающей, отстраняющейся или наказывающей матери, а вагина — функцию голодного, питающего или агрессивного рта. Хотя многие невротические пациенты и пациенты с относительно мягким типом патологии характера также проявляют эти характеристики, их существование в комбинации с чрезмерной агрессивизацией всех прегенитальных либидинальных функций типично для пациентов с пограничной организацией личности.

В-пятых, эти пациенты обычно демонстрируют то, что можно назвать преждевременной эдипизацией их преэдиповых конфликтов и отношений — защитное ускорение развития своих инстинктов, которое клинически отражается в ранней эдипизации переноса. Перенос орально-агрессивных конфликтов с матери на отца увеличивает страх кастрации и эдипова соперничества у мальчиков и зависть к пенису и связанные с ней искажения у девочек. Чрезмерная прегенитальная агрессия у девочки по отношению к матери подкрепляет мазохистские тенденции в ее отношениях с мужчинами, торможения генитальности в целом, исходящие от Супер-Эго, и негативные эдиповы отношения с матерью как защитную идеализацию и реактивное образование против агрессии. Проекция примитивных конфликтов, связанных с агрессией, на сексуальные отношения между родителями приводит к искажающим и пугающим фантазиям о первичной сцене, которые могут быть расширены до ненависти к любой любви, предлагаемой другими людьми. Если обобщить, то защитный перенос импульсов и конфликтов с одного родителя на другого способствует развитию спутанных, фантастических комбинаций бисексуальных родительских образов, сгустившихся под воздействием определенного проецируемого импульса.

Мне стало понятно, что мои наблюдения относительно пограничных пациентов соответствуют динамике перверсий, как она сформулирована в последних психоаналитических сочинениях, к которым я обращаюсь ниже. Например, подкрепление негативного эдипова комплекса у мальчиков под влиянием интенсивных преэдиповых страхов перед матерью в сочетании с переносом преэдиповых конфликтов вокруг агрессии с матери на отца (с последующим усилением страха кастрации) может вести к такому типу гомосексуальности у мужчин, который имеет преэдиповы детерминанты. Бессознательное желание состоит в сексуальном подчинении отцу, чтобы получить оральное удовлетворение от него, а не от опасной, фрустрирующей матери. В этих случаях преимущественно орально обусловленной мужской гомосексуальности как отец, так и мать (и гетеросексуальность) воспринимаются как опасные, а гомосексуальность используется как замещающий способ удовлетворения оральных потребностей.

Мои наблюдения по поводу динамики пограничных пациентов находятся в согласии с тем акцентом на преэдиповых конфликтах с матерью как кодетерминантах перверсии, которые делают Шас-

сге-Смиржель (Chasseguet-Smirgel, 1970) и МакДугалл (McDougall, 1970), и с ударением на главенствующую роль агрессии в эротическом возбуждении, которое делает Столлер (Stoller, 1976, 1985). Столлер подчеркивает преэдиповы корни этой агрессии. Мои наблюдения также очень близки идее Мельцера (Meltzer, 1977) о защитной спутанности сексуальных зон при перверсии, пропитанности в этих случаях всех объектных отношений агрессией и перверсным характером трансформации зависимых отношений в агрессивно-деструктивные. Исходя из другой концептуальной модели Персон и Овси исследовали (Ovesey and Person, 1973, 1976; Person and Ovesey, 1974a, 1974b, 1974c, 1978, 1984; Ovesey, 1983) общие динамические черты мужского транссексуализма, трансвестизма и гомосексуального переодевания у мужчин как обнажающих конфликты сепарации-индивидуации, нарушения в развитии идентичности и структурно пограничные характеристики.

Исследование фетишизма, сделанное Андре Люсье (*Les deviations du desir;* Lussier, 1982), использует фетишизм как парадигму для исследования перверсий в целом. Оно перечисляет следующие характеристики мужчин-фетишистов, проходивших лечение: 1) потребность осуществлять абсолютный, даже садистский контроль над женщиной и использование фетиша как символического доказательства этого контроля и независимости от фрустрирующей женщины; 2) использование фетиша как символа безопасного обладания материнской грудью, защищающего таким образом от сепарационной тревоги и депрессии, выражающих страхи по поводу оральной фрустрации; 3) страх перед полной беспомощностью и брошенностью, связанный со страхом перед деструктивными последствиями вызываемой в этих условиях агрессии, которая проецируется на мать и от которой защищаются обладанием фетиша; 4) непереносимость тревоги или напряжения, имеющего любой источник, и функции фетиша как источника высшего наслаждения и отрицания глубокой тревоги; 5) простые садистская и мазохистская концепция первичной сцены при спутанности того, кто является агрессором или жертвой — отец или мать, — и неуверенностью по поводу того, что предпочтительнее — идентифицировать себя с агрессором в неоднозначной сексуальной сцене или мазохистски подчиниться разрушению со стороны такой неоднозначной, наводящей ужас фигуры; фетиш, утверждает Люсье, способствует защитной идентификации с обоими родителями в первичной сцене и обеспечивает гарантию как от кастрации, так и от

опасной фаллической матери, которая в сгущенной форме включает в себя как преэдипову агрессию, так и агрессию первичной сцены; 6) страх гомосексуальности, связанный с подчинением садистскому отцу и кастрирующей фаллической матери в первичной сцене; кроме того, фетиш защищает от бессознательной фантазии о женском фаллосе и также от кастрации.

Люсье указывает на сочетание эдиповых и преэдиповых конфликтов, на расщепление Эго по отношению к преэдиповым конфликтам, на необычную интенсивность всех компонентов эдиповых конфликтов у пациентов, которых он исследовал.

Перверсия и взаимоотношения в паре

Истоки второго пути моего интереса к перверсиям находятся на противоположной оконечности спектра психопатологии, а именно — важной функции полиморфных перверсных фантазий и действий в зрелых любовных отношениях.

В предыдущих работах (1974a, 1974b, 1980a, 1980b, глава 14 настоящего издания, выше) я пришел к заключению, что для того, чтобы мужчина и женщина выработали здоровые, стабильные любовные отношения, оба партнера должны, во-первых, иметь способность к расширению и углублению переживания полового акта и оргазма за счет сексуального эротизма, исходящего из интеграции агрессии и бисексуальности (сублиматорные гомосексуальные идентификации). Во-вторых, они должны иметь способность к глубоким объектным отношениям, включающим превращение преэдиповых желаний и конфликтов в формы нежности, заботы и благодарности, а также способность к генитальной идентификации с партнером, соединенную с сублиматорной идентификацией (хотя уже и оставленную позади) с родительской фигурой того же пола. В-третьих, они должны быть способны к деперсонификации, отстранению и индивидуализации — т.е. взрослению Супер-Эго, чтобы инфантильная моральность превратилась во взрослые этические ценности и чувство ответственности и моральной преданности, которые подкрепляют эмоциональную преданность пары друг другу.

При одновременном исследовании сексуального поведения пары, их объектных отношений и функций Супер-Эго я пришел к выводу, что сексуальное удовлетворение черпает свою силу из свободы экспе-

риментирования, включающей выражение бессознательных фантазий, отражающих как эдиповы, так и преэдиповы объектные отношения. Это означает включение в сексуальные отношения садистских, мазохистских, эксгибиционистских и вуайеристских элементов и отыгрывание сложных фантазий. Такое развитие требует времени. Отыгрывание гомосексуальных фантазий, так же как и агрессивных дериватов преэдиповых отношений, тоже оказывает влияние на в способности пары к временному освобождению сексуальной активности от ригидной связи с целостными объектными отношениями, так что участники могут относиться друг к другу как к “сексуальным объектам”. Для этого требуется способность к сексуальной игре, включенной в скрытую структуру эмоционального отношения, выходящего за пределы этой игры.

Данная концепция связывает интенсивное сексуальное возбуждение с фантазийным миром перверсии и порнографии. Сексуальная свобода пары в любви выражает в одном из своих аспектов полиморфную перверсную фантазию, временно освобождающую обоих участников от их особого объектного отношения — хотя их общая сексуальная вовлеченность по-прежнему находится в рамках данного объектного отношения. Эта последняя характеристика естественно делает сексуальную игру эротическим искусством в контрасте с ограниченным, механическим характером порнографии. Я также использую термин *порнография*, чтобы остановиться еще на одном измерении сексуальной свободы, а именно — ее оппозиции социально санкционированному сексуальному поведению, обычно направленному против агрессивных и в целом прегенитальных компонентов сексуальности. Аспекты сексуальности, которые конвенционально принимаются как часть любовной жизни пары, обычно лишены интенсивности и возбуждения, исходящих из прегенитальных особенностей. Существует удивительное сходство роли агрессии при перверсии и при нормальных любовных отношениях. Вопрос состоит в том, несет ли перверсия, со своей важной функцией “метаболизации” агрессии роль, параллельную другим “метаболизирующим” механизмам нормальных любовных отношений (таким, как диссоциированные регрессивные взаимоотношения или подчинение функциям Супер-Эго, проецируемым на партнера, или бунт против них)?

Агрессия во взаимоотношениях пары выражается в частичных объектных отношениях, активирующихся при сексуальной игре и половом акте, при садистских и мазохистских фантазиях и действи-

ях, при использовании партнера как объекта и при возбуждении от своего использования в этом качестве. В терминах объектных отношений, агрессия выражается в нормальной амбивалентности целостных объектных отношений и в специфических темах эдипова соперничества и конкуренции и активации “обратной триангуляризации” — фантазиях и желаниях эдиповой мести путем включения третьего в любовные отношения и угрозы предмету любви соперником (Kernberg, 1991a). Ревность — это первичная эмоция, выражающая любовь и ненависть, исходящие из эдиповой ситуации, возможно, смешанные с преэдиповыми ревностью и завистью.

В терминах функций Супер-Эго, агрессия вовлекается в подавление прегенитальных компонентов инфантильной сексуальности и самих генитальных желаний, если они слишком напрямую связаны с эдиповыми объектами. Агрессия также участвует в подчинении [индивида] конвенциональной сексуальности и проецируемым чертам Супер-Эго, направленным против сексуальных желаний. В то же время интеграция любви и агрессии в Супер-Эго делает возможным возникновение твердой, стабильной системы ценностей и внутренней морали и чувства заботы и ответственности, которые также отражают любовь. Эта функция защищает отношения пары от чрезмерной активации агрессии в нормальной амбивалентности интимных объектных отношений, в частности, от агрессивных компонентов обратной эдиповой триангуляризации.

Я предполагаю, что полиморфная перверсная инфантильная сексуальность выполняет важную функцию рекрутирования агрессии на службу любви, что характеризует человеческую сексуальность. Как будто происходит превращение ранних переживаний боли в сексуальное возбуждение, а удовольствия от агрессивного поведения — в удовольствие от выражения эротической враждебности. Это обеспечивает качество приподнятого настроения сексуальному возбуждению, связанному с фантазией, что сексуальные желания как выражение любви и сексуальные желания как выражение агрессии не являются более противоположными друг другу (Kernberg, 1991b). Итоговая смесь обеспечивает чувство силы и свободы от конфликта и, когда она включена в безопасные любящие объектные отношения, это дает защиту от пугающих последствий со стороны агрессивной половины прежней амбивалентности. В этом, по моему мнению, состоит важная функция полимор-

фных перверсных аспектов нормальной сексуальности: они цементируют отношения пары и ограничивают тайные козни инфантильного Супер-Эго и связанные с ними социальные ожидания. Но где находятся границы между нормальной полиморфной перверсной сексуальностью и регрессивными аспектами агрессии в перверсии?

Злокачественный нарциссизм, перверсия и перверсность

Этот вопрос выводит на третью дорогу, приведшую меня к встрече с перверсией. Я имею в виду мои последние предположения, касающиеся синдрома злокачественного нарциссизма (см. главу 5 настоящего издания). Поскольку пациенты со злокачественным нарциссизмом могут также проявлять наиболее тяжелые разновидности перверсий, а именно — с несущей угрозу жизни эгосинтонной агрессией и направленной на себя агрессией, то психоаналитическое исследование данного спектра психопатологии может пролить новый свет на природу и функции агрессии при перверсии.

Аналитическое исследование пациентов со злокачественным нарциссизмом привело меня к предположению, что они обладают патологией Супер-Эго, характеризующейся: 1) отсутствием идеализированных предшественников Супер-Эго (идеализированных Я- и объект-репрезентаций, которые обычно образуют ранний идеал Эго), кроме тех, которые интегрированы в патологически грандиозное "Я"; 2) преобладанием раннего уровня садистских предшественников Супер-Эго, которые представляют благодаря своей чрезвычайной силе единственные надежные и доступные объект-репрезентации; 3) интрапсихической консолидацией статус-кво в фантазии, что позволяет выжить, когда единственными надежными и доступными объект-репрезентациями являются садисты-враги.

Лишенное противовеса преобладание не получивших нейтрализации садистских предшественников Супер-Эго, выражая собой смесь не смягченной преэдиповой и эдиповой агрессии, образует разрушительную патологическую интрапсихическую структуру. Патологическое грандиозное "Я" кристаллизуется вокруг садистских Я- и объект-репрезентаций, а также поглощает любые доступные идеализированные предшественники Супер-Эго.

Сексуальные фантазии этих пациентов разительно похожи на фантазии пациентов с садистскими и мазохистскими сексуальными перверсиями. У них происходит постоянная агрессивизация всех сексуальных желаний. Генитальное проникновение становится равнозначно разрушению гениталий или заполнению полостей тела экскрементами. Пенис как источник отравы, наполняющей тело, становится антиподом дразняще недоступных грудей, которые можно инкорпорировать только путем каннибалистского разрушения. Недостаточная дифференцированность сексуальных целей, при которых оральные, анальные и генитальные фантазии смешиваются и одновременно выражают собой импульсы и угрозы, исходящие из всех уровней сексуального развития, соответствует дедифференциации половых характеристик мужского и женского, так что гомосексуальные и гетеросексуальные импульсы хаотически чередуются. Пациенты со злокачественным нарциссизмом демонстрирую то, что Мельцер (Meltzer, 1977) назвал “зональной путаницей” и “перверсным переносом”. Сексуальная промискуинность может предохранять их от глубокой увлеченности сексуальным партнером, что несет в себе угрозу взрыва неконтролируемого насилия. Эти пациенты также обычно демонстрируют “анализацию”, тип объектных отношений с тенденцией отрицать различия между полами и поколениями, как это описано Шассге-Смиржель (Chasseguet-Smirgel, 1978, 1983).

Некоторые из пациентов со злокачественным нарциссизмом, которых я наблюдал, не обнаруживали сексуальных перверсий. У других суицидальные тенденции приближались к мазохистским перверсиям по своему странному характеру, а иные демонстрировали мазохистское самоповреждение, имевшее явные сексуальные последствия. Некоторые пациенты со злокачественным нарциссизмом демонстрировали садистские перверсии с опасным агрессивным поведением; другие демонстрировали странные перверсии с явным проявлением анальных интересов. Садистские перверсии у пациентов с антисоциальной личностью как таковой (см. гл. 5) являются, по определению, крайне опасными и даже угрожающими жизни.

Например, пациент двадцати с небольшим лет с антисоциальным расстройством личности мастурбировал на крышах, бросая при этом кирпичи на проходящих внизу женщин. Он чувствовал сильное сексуальное возбуждение в тот момент, когда швырял кирпич, не зная еще, попадет он или нет в проходящую женщину, смешан-

ное с возбуждением и страхом от того, что его поймают на месте преступления. Он достигал оргазма при мастурбации в тот момент, когда кирпич ударялся о мостовую или о его жертву, когда он видел первые признаки шока у проходящих внизу, причем он дожидался этого шока перед тем, как убежать.

Другой пациент с синдромом злокачественного нарциссизма вместе с гомосексуальным и гетеросексуальным промискуитетом демонстрировал паттерн сексуальных отношений с женщинами, который представлял собой отыгрывание вовне перверсного сценария. Во-первых, он давал понять женщине, которая в тот момент была явно увлечена им, что намеревается проверить ее любовь к нему, заставив подчиняться все более и более унизительному сексуальному опыту. После нескольких подготовительных встреч он требовал, чтобы она сосала его член и лизала ему зад в присутствии его друга-мужчины. Именно при этом кульминационном переживании он представлял своего друга этой женщине. Вместе со своим другом они начинали заключать пари — сколько у них времени займет, чтобы заставить женщину делать это для них обоих. Затем он прерывал отношения с этой женщиной без всяких объяснений, хотя до этого делал вид, в качестве элемента своих соблазняющих попыток, что стремится к развитию и углублению отношений. Было очень важно, чтобы женщина была очень увлечена им; проститутка ему не подходила. Упорные параноидные страхи, что женщина вернется, чтобы отомстить, страхи, которые приводили к почти открытым параноидным психотическим эпизодам в этом контексте, обнаруживали как глубину его патологии, так и хрупкость организации его личности.

Перверсия и перверсность

Имитация любви для обслуживания агрессии в этом случае подводит нас к финальной характеристике злокачественного нарциссизма, качеству перверсности в переносе и в объектных отношениях в целом. Под перверсностью я имею в виду сознательное или бессознательное превращение чего-то хорошего во что-то плохое: любви в ненависть, смысла в бессмысленность, сотрудничества в эксплуатацию, пищи в кал. Перверсность — это явно не то же самое, что перверсия, которую можно определить как отклонение от нормальной сексуальной функции, имеющее идиосинкратичес-

кую и странно ригидную форму. По моему опыту, только наиболее тяжелые типы перверсии, обычно у пациентов со злокачественным нарциссизмом, обнаруживают характеристики перверсности в переносе и в других объектных отношениях. Перверсность, как я ее воспринимаю, это качество объектных отношений, отражающее сознательное или бессознательное рекрутирование любви, зависимости или сексуальности в обычном смысле этих слов на службу агрессии. Она отражает попытку продемонстрировать садистский контроль и всемогущество патологически грандиозного "Я" при злокачественном нарциссизме и является выражением "безумной" (Rosenfeld, 1971, 1975), грандиозной структуры "Я", вызывающей наиболее тяжелые негативные терапевтические реакции. Такие пациенты безжалостно вытягивают все хорошее из терапевта, чтобы опустошить и разрушить его; они делают то же самое во всех других близких объектных отношениях.

В анализе трансферентных отношений Бион (Bion, 1970) описывает то, что он назвал "паразитическим" переносом, — отношением между двумя людьми, направленным на то, чтобы разрушить третьего, а именно — все новое, возникающее в ходе лечения, что можно было бы назвать "аналитическим ребенком". Как он полагал, сердцевиной паразитических отношений является злокачественная попытка разрушить правду и правдивость. Он указывал на отношения между лжецом и аналитиком как на прототип такого злокачественного искажения переноса.

Существует литература о перверсности, основанная на тех же линиях — от пьес Гарольда Пинтера (Pinter, 1965, 1973, 1978) на одном полюсе, до сюжетов стандартных триллеров — на другом: один человек, сексуально возбужденный и влюбленный в другого, эксплуатируется этим другим посредством своей сексуальной привязанности; этот человек, внутренне борясь с противоположностью между желанием откликнуться на сексуальную любовь, с одной стороны, и секретным предварительным соглашением предать первого человека и передать его третьему, с другой, в конце концов совершает предательство. Драма этого перверсного треугольника существенно усиливается, если первый человек, зная, что он будет предан(а), по своей воле соучаствует в своей судьбе, интернализуя, таким образом, рекрутирование любви и секса на службу агрессии.

Шассге-Смиржель (Chasseguet-Smirgel, 1978, 1983), подчеркивая анальный характер процессов обесценивания, характерных для

нарциссических переносов, указывает на превращение всех объектных отношений в недифференцированные, обесцененные “сегменты”, бессознательно олицетворяющие кал. Согласно ее взглядам, всемогущее отрицание различий между полами и между поколениями и всемогущее уравнивание гомосексуальности и гетеросексуальности при множественных полиморфных перверсных сексуальных действиях отражает перверсное разрушение объектных отношений посредством их анализации. Я наблюдал некоторых пациентов со злокачественным нарциссизмом, которые получали непосредственное сознательное удовольствие от деструктивного взаимодействия с аналитиком, заключавшегося в том, что вначале они пытались все безжалостно вытянуть из него, а затем безжалостно развенчать. Более того, фантазия исполнения желаний пациента по разрушению всего хорошего в аналитике и превращению всего этого в кал, вплоть даже до насильственного выдавливания, может привести к неистовой и торжествующей оргии агрессии. Обычно, если этот процесс не может разрешиться аналитически, он достигает кульминации на стадии, на которой пациент чувствует, что уже все впитал от аналитика, что все, чему научился, он уже и так частично знал или открыл сам, что это все и так бесполезно. Прерывание анализа в таких условиях защищает его от страха агрессивного возмездия со стороны аналитика и подкрепляет, в фантазии, его чувство всемогущества, его защиты против чувства вины по поводу своей агрессии, а также недостаточное оплакивание им потери объекта. Такие пациенты обычно вызывают чувство хаоса и бессмысленности у аналитика на ключевых стадиях своего лечения, что отражает хаос и бессмысленность, характеризующие мир их собственных объектов и даже их физическое окружение.

Злокачественное чувство грандиозности, выражаемое при перверсности, может найти себе прямое выражение в действительных садистских перверсиях, как это случилось с пациентом, который соблазнял женщин на участие в перверсных ритуалах, а затем бросал их. Это выполняло функцию “спускания в унитаз”, избавления пациента от анально разрушенных и потенциально ядовитых объектов. Сочетание фантазийного чувства абсолютной власти и контроля со стороны патологически грандиозного “Я”, с которым пациент в этих условиях полностью идентифицируется, чувства власти над миром с вызыванием хаоса как части анального разрушения окружающего мира ведет нас непосредственно к миру романов маркиза де Сада, к психологии безумия и хаоса посреди

абсолютной власти в романе “1984” Оруэлла и к их аналогам в реальности: случаям садистских тиранов, осуществляющих абсолютный контроль и вызывающих подспудный хаос в обществах, управляемых таким образом.

Совмещение порядка и хаоса, как полагает Сол Фридлендер в “Рассуждениях о нацизме: эссе о киче и смерти” (Friedlander, 1984), представляет собой пугающий, но при этом странно притягательный аспект определенных регрессивных групповых процессов. Очарование нацистской Германии для нового поколения интеллектуалов, пытающихся постичь притягательную силу тоталитарных идеологий, может быть связано с этим очарованием всеобщего порядка и одновременного деструктивного хаоса.

Если перверсность основана на полиморфных перверсных фантазиях и действиях, игнорирующих различие между полами и поколениями и бессознательно уравнивающих не только все сексуальные действия, но и все объектные отношения с каловыми массами, и если безумные миры “120 дней Содома” де Сада (de Sade 1785) — фантазии, и Освенцима — реальности, представляют предельное сгущение агрессии и перверсии, то “обычные перверсии”, поддерживающие ригидные, облигаторные сексуальные сценарии в контексте сохранения обычных генитальных взаимоотношений и способности к поддержанию дифференцированных объектных отношений представляют подлинно “невинную” сторону перверсии.

Перверсия и невротическая организация личности

Это возвращает меня назад к традиционному психоаналитическому взгляду на перверсию как на сохранившуюся или вновь возникшую составную часть сексуальности, при которой требуется постоянная и обязательная смена сексуальной цели и объекта для достижения оргазма. Традиционный взгляд состоит в том, что частичные составляющие инфантильной сексуальности служат защитой от неразрешенного эдипова комплекса с присущей ему кастрационной тревогой и запретами инцеста. Действительно, в противоположность последним тенденциям в психоаналитической литературе (см. гл. 16) описывать все перверсии так, будто они представляют собой два уровня конфликтов с сильным преобладанием преэдиповых тем, я встречал пациентов с типичной невротической организацией личности, проявлявших организованную

перверсию как часть своей симптоматологии. Короче говоря, перверсия не ограничена пациентами с пограничной организацией личности.

Преподаватель колледжа, тридцати с небольшим лет, обратился ко мне по поводу фетишизма туфель. История его детского развития обнаружила благожелательного, но дистанцированного отца и большое количество старших родственниц женского пола, включая сестер, теток и кузин, создававших вокруг него атмосферу постоянного подразнивания. Он говорил о суровых наказаниях за заглядывание под женские юбки из-под стола и о своем постепенном увлечении женскими ступнями и туфлями. Это привело к тому, что он стал мастурбировать, держа и нюхая туфли старших сестер, их подруг и, в конце концов, женщин — коллег в колледже, где он теперь работал. Его подростковый возраст был отмечен сильными приступами подглядывания, и фетиш туфли постепенно приобретал функцию удовлетворения его сексуального возбуждения и давал ему чувство независимости от тех, кого он воспринимал в качестве садистски дразнящих и отстраненных женщин. Этот пациент чувствовал, что мастурбация с туфлями своей секретарши дает ему больше удовольствия, чем если бы он переспал с ней самой. Тайное обладание ее туфлями также давало ему символическое удовлетворение от вторжения в частную жизнь матери, не будучи при этом пойманным. Этот преподаватель был женат и имел удовлетворительные отношения с женой, за исключением того, что его половая жизнь с ней не приносила ему такого интенсивного удовлетворения, которое он находил при мастурбировании с тайно добытыми туфлями.

Эдиповы темы явно преобладали в его переносе на протяжении пяти лет анализа, окончившегося разрешением туфельного фетишизма и заметным повышением его способности к сексуальному удовольствию с женой. Действительно, лечение обнаружило очень мало примитивных защит Эго и объектных отношений, которые описываются в последних сочинениях о перверсиях в целом и о фетишизме в частности и упомянуты выше в этой главе. Поскольку примитивные защитные механизмы преобладают у пациентов с перверсиями и пограничной организацией личности, их отсутствие у пациентов с перверсией и невротической организацией личности указывает, что эти механизмы связаны с организацией Эго индивида и его объектных отношений, а не с перверсией самой по себе.

Полиморфная перверсная сексуальность и уровни организации личности

Полиморфные перверсные фантазии, действия и способности проявляют себя как важнейшая часть сексуальности человека на всех уровнях патологии и нормы. Действительно, отсутствие в сексуальной жизни таких фантазий и поведения можно рассматривать как невротический симптом. У пациентов с невротической организацией личности, имеющих способность к гетеросексуальному половому акту и оргазму со стабильным гетеросексуальным партнером, заторможенность полиморфной перверсной инфантильной сексуальности обычно хорошо поддается психоаналитическому лечению, а в некоторых случаях и кратким психотерапевтическим вмешательствам, сексуальной терапии и даже культурально обусловленным, способствующим этому давлениям и возможностям.

Напротив, отсутствие полиморфных перверсных сексуальных тенденций у пациентов с пограничной организацией личности, особенно у пациентов с нарциссической личностью и злокачественным нарциссизмом, может указывать на неудачу наиболее ранней стимуляции эрогенных зон и на крайне тяжелые преэдиповы конфликты в отношениях матери и младенца; в этих случаях прогноз весьма сдержан. И наоборот, полиморфные перверсные сексуальные фантазии и поведение у пациентов с пограничной организацией личности являются индикаторами благоприятного прогноза и в ходе разрешения пограничной патологии могут приводить к относительно легкой интеграции прегенитальной эротики и генитальной сексуальности в целом, которая включает в себя и выдерживает полиморфные перверсные сексуальные компоненты.

Консолидация специфической перверсии в качестве обязательного предварительного условия сексуального удовлетворения в ущерб обычной свободе и гибкости сексуального удовлетворения в стабильных отношениях с любимым гетеросексуальным объектом может указывать на тяжелую или умеренную степень патологии, в зависимости от преобладающего у пациента уровня организации Эго и объектных отношений. Специфические сексуальные перверсии при пограничной организации личности имеют более сдержанный прогноз и более тяжелы для лечения, чем сексуальные перверсии при невротической организации личности. Например, лечение мужской гомосексуальности, отражающей бессознательное подчинение эдипову отцу из чувства вины за эдиповы желания к

матери и кастрационной тревоги имеет гораздо более благоприятный прогноз, чем лечение мужской гомосексуальности, основанной на сгущении эдиповых и преэдиповых конфликтов, типичном для пограничной организации личности.

Прогноз лечения еще более сдержан для пациентов с нарциссической структурой личности, функционирующих на пограничном уровне, особенно при злокачественном нарциссизме. Здесь, в противоположность функциям полиморфных перверсных побуждений в нормальных условиях и даже в случаях многих пациентов с пограничной организацией личности, секс и любовь рекрутируются на службу агрессии, иногда приводя к перверсии в объектных отношениях и к действительному насилию.

Таким образом, я связываю перверсию со структурным измерением развития Эго, ранжирующимся от наиболее тяжелых пограничных случаев до нормальности. Другим ключевым измерением, кодетерминирующим тяжесть перверсии, является уровень развития и интеграции функций Супер-Эго. Подавляющее преобладание уровня наиболее ранних предшественников Супер-Эго, а именно — садистских предшественников Супер-Эго (которые в норме интегрированы с более поздним уровнем идеализированных предшественников Супер-Эго) — представляет наиболее тяжелое патологическое предварительное условие, облегчающее эго-синтонное выражение примитивной агрессии. Агрессия в форме криминальной активности психопата и агрессия в форме садистского насилия злокачественного нарцисса могут также выражаться в жестоких садистских перверсиях, иллюстрируя структурные предпосылки, при которых нормальная примитивная перверсная активность может замещаться наиболее драматическими и тяжелыми типами сексуальной перверсии.

Патология Супер-Эго и менее тяжела, и менее важна в случае обычного пограничного пациента с полиморфной перверсной сексуальностью и соответствующим хаосом в объектных отношениях. Уровень интеграции Супер-Эго может иметь общую прогностическую ценность в этих случаях в том смысле, что лечение любых пациентов с пограничной организацией личности имеет более благоприятный прогноз при отсутствии антисоциальных черт, но непосредственная связь между патологией Супер-Эго и перверсией является здесь менее явной, чем в случае психопатической личности и злокачественного нарциссизма. В противоположность этому, связь между перверсией и патологией Супер-Эго в случае не-

вротической организации личности имеет огромное клиническое значение. В этих случаях бессознательные запреты против генитальной сексуальности из-за ее бессознательного эдипова значения как инцеста, а также кастрационная тревога воздвигают и поддерживают перверсную структуру как защиту от лежащих за ней эдиповых конфликтов.

Наконец, на уровне нормального сексуального функционирования зрелое Супер-Эго должно выдерживать выражение полиморфных перверсных инфантильных сексуальных тенденций в качестве части сексуальной жизни. Но, как мы уже убедились, следы инфантильных запретов против взрослой сексуальности присущи всем, так что стабильная сексуальная пара должна бороться против тенденции бессознательно подчиниться, посредством взаимной активации функций Супер-Эго, подавлению перверсных компонентов сексуальности.

Рассмотрев полиморфную перверсную сексуальность и перверсию с точки зрения уровней организации Эго с соответствующими им объектными отношениями и защитными операциями и в терминах интеграции Супер-Эго, я теперь собираюсь рассмотреть эту область в терминах интеграции агрессии в сексуальную жизнь. Непосредственное выражение агрессии как части сексуального поведения у психотических пациентов хорошо задокументировано в психиатрической литературе: пациенты с шизофреническим заболеванием и хроническим параноидным психозом могут совершать сексуальные убийства из-за своего бреда. Мы могли бы сказать, что непосредственное выражение примитивной агрессии облегчается отсутствием проверки реальности и спутанностью между "Я" и "не-Я". Проективная идентификация на наиболее примитивном уровне отражает попытку установить дистанцию с невыносимой интрапсихической агрессией, экстернализуя ее в объекте; объект тогда должен быть разрушен, поскольку дифференциация от него не может сохраняться.

Интенсивность примитивной агрессии, каково бы ни было ее происхождение, является фундаментальной причиной патологии наиболее ранних уровней садистских предшественников Супер-Эго, которые, пропитывая патологически грандиозное "Я", определяют структуру злокачественного нарциссизма и психопатии. Можно спекулировать по поводу того, что при злокачественном нарциссизме, в противоположность антисоциальной личности, существует, как минимум, интеграция некоторых идеализированных

предшественников Супер-Эго в патологически грандиозное "Я", так что "самооправдательная" идеология, как это бывает, замещает идеологически нерационализированную агрессию психопата. В любом случае перверсия в этих условиях может достигать наиболее тяжелых уровней непосредственного выражения агрессии и в действительности может отражать перверсивное рекрутирование сексуального возбуждения на службу агрессии.

При обычной пограничной организации личности против агрессии существует более надежная защита посредством общего расщепления Эго и чередования объектных отношений, которые при своих множественности и хаосе защищают субъекта от вторжения в него и контроля над ним со стороны невыносимой агрессии. Полиморфные перверсные действия на этом уровне имеют не такой непосредственный садистский характер, как при злокачественном нарциссизме. У обычного пограничного пациента появляются попытки интегрировать агрессию в сексуальное возбуждение, что становится элементом рекрутирования агрессии на службу любви.

У пациента с невротической организацией личности преобладают бессознательные защиты против непосредственного выражения агрессии, и агрессия в существенной степени интернализована как часть функционирования Супер-Эго. Агрессия также выражается в характерологических реактивных образованиях, так что манифестные характеристики перверсий обычно свободны от жестокого агрессивного поведения. Парадоксально, что на нормальном уровне сексуальной вовлеченности большая степень осознания агрессивных фантазий, выражающихся в садистском, мазохистском, вуайеристском и эксгибиционистском поведении, может стать важным аспектом сексуальной игры и действий и источником интенсивного сексуального возбуждения.

Суммируя эти приключения агрессии при перверсии, можно сказать, что агрессия является важным компонентом сексуальности в целом, и при расширении репертуара эротизированных телесных функций и аспектов объектных отношений, рекрутированных для генитальной сексуальности, она действительно обогащает сексуальный опыт и любовь в форме полиморфных перверсных компонентов сексуальности человека. В нормальных обстоятельствах ее рекрутирование на службу сексу и любви обогащает любовную жизнь; однако в экстремально патологических обстоятельствах агрессия может рекрутировать секс и любовь для деструктивных целей, отражающихся в превращении перверсии в перверсность. На

промежуточном уровне патологии агрессия занимает фундаментальное место при связывании бессознательных конфликтов преэдиповой стадии с эдиповыми и обусловливании сгущения всех этих конфликтов. На всем спектре психопатологии — от невроза до психоза — перверсия отражает комбинированное влияние объектных отношений, особенностей развития Супер-Эго, наличия патологического нарциссизма и интенсивности агрессии, так что все это вместе и воздействует на полиморфную перверсную сексуальность.

16. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ПЕРВЕРСИЙ

Если попытаться начертить схематический план психоаналитических теорий перверсии, можно, по моему мнению, приблизительно выделить три группы формулировок. Первая, в основном соответствующая первоначальным заключениям Фрейда об этом предмете (Freud, 1927, 1940f, 1940b), определяет перверсию как постоянное и обязательное отклонение от нормальной сексуальной цели или объекта, необходимое для достижения оргазма. Согласно этой теории, инфантильное сексуальное частичное влечение (анальное, оральное и т.д.) служит защитой от лежащего за ним невротического конфликта, а именно — неразрешенного эдипова комплекса. Эта концепция, подчеркивая центральное место кастрационной тревоги и эдипова комплекса в этиологии перверсии, рассматривает перверсию как защиту. С моей точки зрения, эта традиционная концепция перверсии продолжает быть валидной по отношению к тем пациентам, которые демонстрируют скорее невротическую, нежели пограничную организацию личности и нормальный инфантильный, а не патологический нарциссизм.

Другая концепция перверсии представлена формулировками британских теоретиков объектных отношений, в частности Фэйрберном (Fairbairn, 1954), Кляйн (Klein, 1945) и Винникоттом (Winnicott, 1953), которые подчеркивают преэдиповы источники в психодинамике перверсии, психопатологию в отношениях матери и младенца и центральную роль преэдиповой агрессии. С этой точки зрения, патологически интенсивная прегенитальная и, в частности, оральная агрессия — или врожденная (Кляйн), или в качестве реакции на фрустрацию (Фэйрберн, Винникотт) — проецируется на родительские фигуры, особенно на мать, вызывая таким образом параноидное искажение ранних родительских образов. Поскольку ребенок проецирует преимущественно орально-садистские, но также и анально-садистские импульсы, мать воспринимается им как потенциально опасная. Ненависть к матери позже

распространяется на обоих родителей, которых ребенок в своей бессознательной фантазии воспринимает как единое целое. Загрязнение образа отца агрессией, первоначально проецировавшейся на мать и затем перемещенной на него, недостаточная дифференцированность между образами родителей под влиянием примитивных защитных операций, пытающихся совладать с этой агрессией, приводит как у мальчиков, так и у девочек к созданию угрожающего комбинированного отцовско-материнского образа, с тем результатом, что все сексуальные взаимоотношения воспринимаются как опасные и пропитанные агрессией. В этих обстоятельствах первичная сцена приобретает особенно опасные и пугающие характеристики и воспринимается ребенком с сильными садомазохистскими искажениями. Эти условия приводят к агрессивизации эдиповых конфликтов, так что образ эдипова соперника обычно приобретает ужасающие, угрожающие и деструктивные характеристики. Кастрационная тревога и зависть к пенису становятся слишком преувеличенными и всеобъемлющими, а запреты Супер-Эго против любых сексуальных отношений (из-за эдипова подтекста) приобретают дикий примитивный характер, выражаясь в тяжелых мазохистских тенденциях или параноидных проекциях предшественников Супер-Эго.

В дополнение к сказанному идеализация гетеросексуального объекта любви в позитивном эдиповом отношении и гомосексуального объекта любви в негативном эдиповом отношении также становится преувеличенной и, как выражение операций расщепления, выполняет явно защитные функции против угрожающего сгущения примитивной ярости и эдиповой агрессивности. Преувеличенные, нереалистические идеализации объекта любви в сочетании с нереалистичным, параноидным искажением эдипова соперника интенсифицируют дальнейшие эдиповы запреты и кастрационную тревогу. Генитальные побуждения таких пациентов с преимущественно преэдиповыми конфликтами выполняют также важные прегенитальные функции. В главе 15-й я описывал сходное развитие у пограничных пациентов: как пенис приобретает символические функции кормящей, отстраняющейся или наказывающей матери, а вагина — функции голодного, питающего или агрессивного рта. Аналогичное развитие происходит по отношению к анальным и уретральным функциям. Существование этих особенностей в комбинации с чрезмерной агрессивизацией производных прегенитальных либидинальных влечений также вносит

вклад в интенсификацию кастрационной тревоги и фантазийных опасностей сексуальных отношений.

Этот второй подход отличается от мыслей Фрейда в том, что подчеркивает ключевой вклад преэдиповых конфликтов, в частности преэдиповой агрессии, в этиологию перверсий, но продолжает подчеркивать важное значение кастрационной тревоги для блокирования полного развития генитальной сексуальности. Эта теория объясняет интенсивную кастрационную тревогу, неспособность нормально идентифицироваться с эдиповым родителем того же пола и запрет на сексуальное обращение к объекту противоположного пола, исходящие из агрессивизации позитивных и негативных эдиповых отношений и фантастической акцентуации кастрационных страхов, поскольку генитальная сексуальность принимает в себя перемещенную преэдипову агрессию.

Третий подход к психодинамике перверсий представлен в основном формулировками французской психоаналитической школы, в частности, Шассге-Смиржель (Chasseguet-Smirgel, 1985b, 1986), Брауншвейга и Файна (Braunschweig and Fain, 1971), Грюнберже (Grunberger, 1976), Мак-Дугалл (Mc Dougall, 1980) и Люсье (Lussier, 1983). Шассге-Смиржель (1985b), если кратко излагать ее взгляды, указывает на следующие главные аспекты. Во-первых, в согласии с Фрейдом, она рассматривает перверсии как регрессию к фиксации на частичном прегенитальном влечении, в замещение генитальной сексуальности, заблокированной кастрационной тревогой. Во-вторых, она подчеркивает всеобщий потенциал регрессии к анально-садистской фазе, утверждая, что "анальная вселенная может рассматриваться как предварительный очерк генитальной Вселенной". Эта анальная регрессия превращает символическое отношение к генитальному фаллосу в отношение к псевдогенитальному фекальному фаллосу, позволяющему отрицать разницу между полами (анальное "равенство" полов в противоположность генитальной дифференциации), и также подразумевает отмену границ между поколениями (фекальный фаллос стирает различия между пенисами маленького мальчика и его отца и позволяет мальчику избавиться от осознания вагины в качестве важного женского полового органа). В-третьих, при вторичной защите от анальной регрессии и ее маскировке происходит идеализация анальности с символической акцентуацией эстетических и формальных аспектов искусства, природы, физических объектов и межличностной реальности. Развивается также идеализация своей специфи-

ческой перверсии пациентом как значительно превосходящей "обычные" генитальные отношения (с их эдиповыми проявлениями). В-четвертых, отрицание различий между полами и поколениями и идеализация прегенитального, перверсного, частичного влечения сопровождаются расщеплением, позволяющим в то же время постоянно осознавать реальность. На сознательном уровне перверт по-прежнему осознает реальность половых и поколенческих различий, а также потребность интегрировать свои перверсные побуждения в свое действительное сексуальное поведение каким-нибудь непсихотическим способом.

Короче говоря, в этой формулировке перверсии характеризуются регрессивной анализацией, отрицанием различий между полами и поколениями, защитной идеализацией анальности, упорным признанием реальности и расщеплением (как отрицанием, так и признанием половых различий), накладывающимся на вытеснение.

Шассге-Смиржель (Chasseguet-Smirgel, 1986) подчеркивает, что у обоих полов ранние отношения с матерью имеют фундаментальное значение для этиологии перверсий. Однако, в противоположность Британской школе, в частности, формулировкам Кляйн, она рассматривает агрессию против матери как агрессию, отражающую архаические аспекты эдиповой ситуации, исходящие не из расщепленных частичных объектных отношений с грудью, а из фантастических искажений воображаемых внутренностей материнского тела.

Шассге-Смиржель полагает, что перверсия в конце концов исходит из потребности отрицать реальность материнской вагины и "темного континента" внутренностей материнского живота, из бессознательной агрессии против матери, выражающейся в архаической фантазии разрушения содержимого материнского тела, включая пенис отца, других детей и любые другие препятствия к свободно-плавающей, бесконечной экспансии в материнский живот. Она предполагает, что агрессия против матери, проецируемая на нее как на поглощающую примитивную генитальную фигуру, потребность отрицать осознание вагины и агрессия против содержимого материнских гениталий являются подкладкой и подкрепляющим фактором кастрационной тревоги на более поздней эдиповой стадии у обоих полов.

Французская концепция перверсии вновь подтверждает акцент Фрейда на том центральном месте, которое занимают эдипов комплекс и кастрационная тревога при обусловливании защитной регрессии к частичному сексуальному влечению, но она также подчер-

кивает архаичность эдипова комплекса, связанного с первичными отношениями с матерью. Это может пониматься как модифицированная версия британского взгляда, с особенным акцентом на защитном отрицании различий между полами и поколениями и идеализации анальности.

Шассге-Смиржель (Chasseguet-Smirgel, 1985b) очень детально проясняет подобную регрессивную анализацию. Согласно моему опыту, эта генерализованная деструктивность всех объектных отношений — которая кажется регрессивно “переваренной”, а затем “фрагментированной” в символический кал — является драматической, очень конкретной находкой при аналитическом исследовании наиболее тяжелых случаев перверсий, таких как те, что угрожают физической целостности субъекта или его объектов. Я исследовал отношения между этой динамикой и синдромом злокачественного нарциссизма в одной из предыдущих работ (1984). Сюда подходит также описание Фэйрберном (Fairbairn, 1954) защитного уклонения от объектных отношений у некоторых пациентов с тяжелой психопатологией и замещение объектных отношений регрессивной акцентуацией перверсных сексуальных побуждений.

Акцент, делаемый Шассге-Смиржель на патологических последствиях тяжелой ранней агрессии для процесса сепарации-индивидуации от матери, особенно на сложный путь идентификации девочки с женскими функциями и терпимость мальчика к эдипову соперничеству с отцом, перекликается с идеями американских психоаналитиков, подчеркивающими важность сепарации-индивидуации в генезе перверсии. Столлер (Stoller, 1968) описывал страх *феминности* у мужчин, выражение мужской тревоги по поводу потери своей сексуальной идентичности, исходящей из первичной идентификации с матерью, которая должна быть уничтожена, чтобы произошло развитие мужской идентификации. Персон и Овси (Person and Ovesey, 1974a, 1974b, 1974c, 1978, 1984) подчеркивают конфликты сепарации-индивидуации и связанные с ними нарушения формирования идентичности в качестве общих динамических особенностей мужских транссексуальности, трансвестизма и гомосексуального перекрестного переодевания. Блюм (Blum, 1988) указывает на важность совместной бессознательной фантазии в диаде мать-дитя в качестве ключевого этиологического фактора в имеющих преэдипову обусловленность расстройствах гендерной идентичности.

Я уже делал заключение, что в клинической практике мы не обнаруживаем одной и той же подспудной динамики во всех случаях перверсий. Наоборот, тщательное исследование широкого спектра перверсной психопатологии указывает на радикальные различия в динамике и структурных предпосылках перверсного поведения. Более того, исследование перверсии у мужчин (гл. 17) и клинического синдрома мазохизма (гл. 3) привели меня к заключению, что полиморфные перверсные фантазии, действия и способности являются неотъемлемой частью человеческой сексуальности на всех уровнях патологии и нормальности. Консолидация специфической перверсии как обязательной предпосылки сексуального удовлетворения в ущерб обычной свободе и гибкости сексуального удовлетворения в стабильных отношениях с любимым гетеросексуальным объектом могут указывать на тяжелую, умеренную или просто легкую степень патологии в соответствии с преобладающим уровнем организации Эго и объектных отношений пациента.

Специфические сексуальные перверсии в контексте пограничной организации личности имеют более сдержанный прогноз и тяжелее для лечения, нежели сексуальные перверсии в контексте невротической организации личности. Прогноз даже еще более сдержан для пациентов с пограничной организацией личности и консолидацией нарциссической структуры личности, особенно для случаев злокачественного нарциссизма. Таким образом, тип и тяжесть патологии характера пациента являются фундаментальными кодетерминантами структуры, динамики и прогноза перверсий.

Другое ключевое измерение, которое, по моему опыту, является кодетерминантой структуры и прогноза перверсий, представляет собой уровень развития и интеграции функций Супер-Эго. Агрессия в форме криминальной активности психопата и садистского насилия у злокачественного нарцисса характеризуется отсутствием интегрированного Супер-Эго. Наоборот, отношение между перверсией и патологией Супер-Эго при невротической организации личности имеет парадоксальный эффект консолидации перверсии (по причине бессознательных запретов против генитальной сексуальности, которая символизирует инцест и вызывает кастрационную тревогу), но также защищает пациента от неконтролируемого выражения агрессии и связанного с этим ухудшения объектных отношений. Интегрированное, хотя и чрезмерно суровое Супер-Эго гарантирует, что перверсный сценарий останется в “границах

игры", что имеет позитивное терапевтическое и прогностическое значение. Важное значение типа и степени патологии Супер-Эго для определения прогноза и показаний к лечению перверсии также отражают акцент, делаемый Рангеллом (Rangell, 1974) на общем центральном значении искажений Супер-Эго в нынешней психопатологии.

Наконец, с моей точки зрения, превращения агрессии при перверсиях проявляются как существенный компонент сексуальности в целом, и отношения между агрессией и эротикой, кажется, являются базовым психодинамическим фактором для всего спектра перверсной психопатологии — от невроза до психоза.

Ниже я собираюсь подчеркнуть следующие идеи:

1. В противоположность традиционному взгляду, что полиморфные перверсные черты просто играют роль в сексуальной предварительной игре, я считаю их ключевым компонентом нормальной сексуальности.

2. Организованные перверсии на невротическом уровне организации личности обнаруживают у обоих полов ту психодинамику, которую первоначально предложил Фрейд. С практической точки зрения, эти случаи доступны для психоаналитического лечения, типичного для других типов невротических заболеваний, включая невротическую патологию характера, и они не должны больше рассматриваться как очень тяжелые.

3. Случаи стабильной перверсии и пограничной организации личности, напротив, обычно обнаруживают динамику, описанную британской и французской школами, при том, что центральными могут оказываться различные аспекты этих динамических констелляций, варьирующие у разных индивидов. В целом они обнаруживают то же самое сгущение эдиповых и преэдиповых конфликтов при доминировании преэдиповой агрессии, которое характерно для пограничной организации личности. Я должен подчеркнуть, что это сгущение включает в себя регрессивную примитивизацию эдиповых конфликтов и подавляющее преобладание агрессивных побуждений над либидинальными; клинически она очень отличается от более дифференцированной защитной регрессии к преэдиповым стадиям развития, обнаруживаемой у пациен-

тов с невротической организацией личности. Фундаментальный вопрос, почему у некоторых пациентов с этой динамикой перверсия развивается, а у некоторых — нет, является, на мой взгляд, по-прежнему открытым.

4. Сексуальные перверсии в контексте нарциссической структуры личности, особенно в случаях злокачественного нарциссизма, обнаруживают психодинамику, описанную Шассге-Смиржель. Действительно, полное развертывание регрессивной "анальной Вселенной" лишь ненамного шире, чем синдром злокачественного нарциссизма плюс организованная перверсия. Даже пациенты со множественными перверсными тенденциями и злокачественным нарциссизмом обнаруживают эту психодинамику.

5. Пациенты с полной заторможенностью всех полиморфных перверсных фантазий и импульсов, происходящей не от вытеснения, а от недостаточной активации ранней эротики (каковыми являются, например, крайне заторможенные пограничные, но не истерические пациенты), имеют наименее благоприятный прогноз лечения их патологической сексуальности. Они склонны обнаруживать почти непреодолимые сопротивления психоанализу и, в действительности, любому психотерапевтическому лечению, старающемуся разрешить их сексуальную заторможенность.

6. Особое положение гомосексуальности по отношению к перверсиям, отводимое ей в рамках нового психоаналитического мышления, является важной новостью. Возникает консенсус: существует не единая гомосексуальность, а спектр гомосексуальной психопатологии, параллельный другим перверсиям (Mc Dougall, 1986). На более здоровом краю спектра гомосексуальность представлена способностью к интеграции генитальных и нежных импульсов в одних и тех же объектных отношениях и не обнаруживает тех исключительных и ригидных характеристик, которые типичны для других перверсий. Также, в теории, гомосексуальные импульсы должны являться частью доступных паттернов перверсных фантазий и поведения при нормальной сексуальности. Действительно,

неразрывность и преемственность таких гомосексуальных тенденций при невротической организации личности и у пациентов, которые не обнаруживают существенной патологии характера, оказывается правдой для женщин, но не для мужчин. Многие "нормальные" женщины свободно ощущают гомосексуальные импульсы и обнаруживают гомосексуальное поведение в социально способствующих этому обстоятельствах, что может вызвать гомосексуальную панику у негомосексуального мужчины. Открыто бисексуальные мужчины имеют обычно более тяжелую патологию характера, чем многие открыто бисексуальные женщины. Объяснение этого различия может лежать, по предположению Столлер (Stoller, 1975), в более стабильной ядерной гендерной идентичности женщин, происходящей от их первичной идентификации с матерью — в отличие от мужчин, которым необходимо дезидентифицироваться с матерью в ходе сепарации-индивидуации. Кроме того, существуют некоторые свидетельства в пользу того, что более сильные социальные и культуральные запреты на мужскую гомосексуальность, по сравнению с женской, могут быть другой причиной этих различий (Liebert, 1986).

Полиморфная перверсная инфантильная сексуальность и нормальные любовные отношения

Я считаю, что мы недостаточно исследовали теоретическое значение того улучшения сексуального функционирования, которое обнаруживаем у пациентов, получающих наибольшую выгоду от психоаналитического мышления. В этих случаях мы регулярно наблюдаем, что эротическое возбуждение пациентов интимно связано с производными агрессии, так что либидинальные и агрессивные импульсы перемешиваются в сексуальной игре и половом акте. Мы также наблюдаем активацию имплицитного гомосексуального возбуждения и удовлетворения во взаимной идентификации, которая имеет место как часть полового акта и оргазма. Кроме этого, поразительным является то, насколько полиморфные перверсные фантазии и действия включают символическую акти-

вацию наиболее ранних объектных отношений младенца с матерью и маленького ребенка с обоими родителями, смешивая с этим преэдиповы и эдиповы отношения. С этими находками связан тот факт, что такие компоненты полового акта как феллацио, куннилингус и анальное проникновение, а также эксгибиционистская, вуайеристская, садистская и мазохистская сексуальные игры поддерживают эротическую интенсивность, потому что репрезентируют собой эти бессознательные фантазии по отношению к эдиповым и преэдиповым объектам.

Если, как это происходит у нарциссических личностей, такие интернализованные объектные отношения деградируют, сексуальная игра также может деградировать в механические действия и потерять свое эротическое качество. Главным фактором поддержания интенсивности страстных любовных отношений является включение полиморфной перверсной сексуальности, которая рекрутирует для своей функции вместилища бессознательной фантазии текущие конфликты, возникающие с течением времени между партнерами.

Особый интерес также представляет тот факт, что поскольку сексуальная страсть включает в себя свободу бессознательно интегрировать любовь и ненависть в полиморфном сексуальном поведении, то развивается имплицитная рамка для безопасных объектных отношений пары, рамка, выдерживающая игривое использование или "эксплуатацию" друг друга в качестве части сексуальной игры. Эта рамка представляет временное регрессивное расщепление Эго на службе сексуального возбуждения и любви, которое вступает в диалектическое противоречие с противоположной тенденцией, также активируемой при сексуальной близости, — потребностью во временном переживании слияния при сексуальном акте.

Такое сексуальное "использование объекта" отражает нормальную функцию расщепления сексуального объекта или, скорее, его удвоения, в котором поддерживается реальность объектных отношений, в то время как фантастическая, регрессивная реальность игриво отыгрывается как часть сексуального желания и возбуждения. Действительно, торможение этого сублиматорного использования расщепления связано со снижением сексуального возбуждения при мягких формах сексуальной заторможенности.

Другим важным механизмом, действующим при сексуальном возбуждении, является идеализация половых органов и тела партнера. В другом месте (см. гл. 17) я рассматриваю это как идеа-

лизацию анатомии полового партнера (эротическую идеализацию), ключевой аспект нормальной интеграции нежных и эротических побуждений как в гетеросексуальных, так и в гомосексуальных любовных отношениях. Эта эротическая идеализация параллельна процессам нормальной идеализации, описанным Шассге-Смиржель (Chasseguet-Smirgel, 1985a), а именно — проекции идеала Эго на любимый объект, что характеризует влюбленность и увеличивает нарциссическое удовлетворение, обеспечиваемое реальными встречами с материализовавшейся версией Эго-идеала. Идеализация любимого объекта также несет с собой и идеализацию генитального общения, тела и половых органов, своих и партнера в их соприкосновении и сплетении друг с другом. Таким образом, защитное использование идеализации и расщепления, с которыми мы встречаемся при перверсии, является также характеристикой зрелой сексуальности.

“Нормальная” и “транзиторная” гомосексуальность

Вопрос границ между гомосексуальностью при невротической организации личности и нормальными гомосексуальными компонентами мужской сексуальности не имеет простого ответа. Можно сделать теоретическое заключение, что, по аналогии с существованием полиморфных перверсных сексуальных тенденций других типов, гомосексуальные импульсы будут легко осознаваться и приводить к периодическим гомосексуальному возбуждению и опыту. Если гомосексуальные тенденции также просто реализуются в поведении, как и другие полиморфные перверсные тенденции, мы могли бы ожидать целого спектра гомосексуальных реакций — начиная от перверсии в смысле привычного и облигаторно ограниченного поведения на одном полюсе до случайных гомосексуальных импульсов, фантазий и поведения на другом. В клинической практике, однако, мы наблюдаем очень мало случаев полностью гомосексуального поведения у мужчин-пациентов, у которых, кроме этого, не было бы другой патологии характера.

Напротив, большинство встречаемых нами пациентов-мужчин с периодическим гомосексуальным поведением или периодической бисексуальной ориентацией относятся к пограничному спектру патологии. Таким образом, с клинической точки зрения, существует разрыв между невротической мужской гомосексуальностью и

нормальностью, и ориентация мужчины на тот или другой пол не следует обычному распределению полиморфной перверсной сексуальности.

Что касается женского гомосексуального поведения, то ситуация здесь иная. По моему опыту, случайные гомосексуальные эпизоды очень распространены у женщин, являющихся по сути гетеросексуальными, и не служат признаками тяжелых характерологических проблем. Но защитное отвержение нормальной преэдиповой зависимости от отца со стороны мальчиков-подростков может привести к отвержению ими так необходимой им близости с другими мужчинами (Blos, 1987). Теоретически ожидаемый континуум между необлигаторными гомосексуальными наклонностями в популяции нормальных людей, с одной стороны, и облигаторной гомосексуальной перверсией на невротическом уровне организации личности, с другой, существует для женщины, но не для мужчины.

Если это клиническое наблюдение верно, можно предположить, что здесь действуют два важных фактора. Во-первых, как уже упоминалось, это гипотеза, сформулированная Столлером (Stoller, 1975): ядерная гендерная идентичность женщины цементируется первичной идентификацией с матерью, и женщина поэтому может быть также более уверенной в своей гендерной ролевой идентичности, принимая свои гомосексуальные импульсы как дериваты бессознательной психологической бисексуальности без чрезмерной тревоги. Мужчина, чья ядерная гендерная идентичность подразумевает дезидентификацию с матерью и который, напротив, испытывает большую неуверенность в своей базовой гендерной ролевой идентичности и может быть более склонен к отречению от женственных аспектов своей сексуальной идентичности. Неспособность матери относиться к своему младенцу как к маленькому мальчику — которая впоследствии приведет к ослаблению идентификации мальчика с собственным мужским полом как части его идентификации с матерью — вносит важную лепту в возникновение этой динамической особенности.

Вторым фактором может служить существование сильного культурального предубеждения против мужской гомосексуальности в нашем обществе, даже против любого открытого физического проявления близких отношений между мужчинами, что блокирует случайные гомосексуальные импульсы и поведение у мужчин. Тот факт, что существует меньшее культуральное отвержение женской

гомосексуальности и физической близости между женщинами, способствует периодическому проявлению гомосексуального поведения у женщины.

Перверсия и гомосексуальность и невротическая организация личности

Как у мужчин, так и у женщин облигаторная гомосексуальность обычно представляет собой часть невротической организации личности. Как упоминалось выше, эдипова констелляция и кастрационная тревога являются доминирующими чертами при этих типах перверсии, а наиболее типичным объектным отношением становится подчинение эдипову родителю того же пола (негативный эдипов комплекс) в качестве защиты против тяжелой кастрационной тревоги, которая становится препятствием для позитивного эдипова комплекса.

Гомосексуальная идентификация мужчины происходит с ним самим как с ребенком, любимым матерью, в то время как его потребность в матери переносится на мужчину, обладающего материнскими качествами, защищающего его как от запретных отношений с матерью, так и от восстания против диссоциированного, жестокого, садистского отца. В других случаях, а иногда и в том же самом случае, идентификация может происходить с дающей матерью, в то время как пациент проецирует свое сексуально зависимое “Я” на свой гомосексуальный объект (Freud, 1914).

Сходные отношения возникают у женщины, когда пациентка, как маленькая девочка, сексуально подчиняется женщине с материнскими качествами, избегая таким образом бессознательно запретных отношений с отцом; или происходит идентификация с сексуально доступной и обладающей материнскими качествами женщиной, тогда как подчиненное, зависимое сексуальное “Я” проецируется на гомосексуальную партнершу. Гомосексуальная женщина, которая идентифицируется с эдиповым отцом, проецируя при этом свое эдипово зависимое “Я” на гомосексуальный объект, обычно имеет более сложную и более патологическую структуру. Те из них, кто принимают на себя “мужскую” роль во взаимоотношениях и кто в своей гендерной ролевой идентичности (внешний облик, одежда и поведение) акцентируют свою идентификацию с мужчинами, обычно также демонстрируют суще-

ственное отвержение женственных аспектов своей личности и свою идентификацию с матерью в преэдиповых отношениях. Все это является индикатором наличия запретных преэдиповых конфликтных корней, перемешанных с эдиповыми конфликтами. Женский кастрационный комплекс по типу "исполнения желаний", описанный Абрахамом (Abraham, 1920), представляет собой, таким образом, более сложную динамику, чем та, которую предполагал Абрахам, и многие случаи женской гомосексуальности, основанные на нарциссической структуре личности и пограничной организации личности, на поверхности представлены идентификацией с мужской ролью в отношениях с другими женщинами (обнаруживая, таким образом, преэдиповы корни своей зависти к мужчинам).

Как часто упоминалось в литературе, все перверсии, за исключением гомосексуальности и мазохизма, более распространены среди мужчин, нежели среди женщин. Это, по-видимому, справедливо как для невротической, так и для пограничной организации личности. Мы также очень часто можем встретить мазохистские и садомазохистские фантазии и поведение у женщин, не организованные как перверсии, но часто выражающиеся в мастурбаторных фантазиях и необлигаторном сексуальном поведении, тогда как организованные мазохистские перверсии в строгом значении этого слова, видимо, чаще встречаются у мужчин. Я наблюдал несколько типичных случаев мазохистской перверсии у женщин с невротической организацией личности. Одна пациентка могла достигать оргазма только в том случае, если ей сильно выкручивали руки во время полового акта, причиняя сильную боль. Она связывала это поведение с борьбой с бой-френдом, который принуждал ее к половому акту, выкрутив руки. Она тогда испытывала сильное удовольствие, что привело затем к организации ее долговременной предрасположенности к мазохистской перверсии.

Аналогично этому, женщины часто проявляют эксгибиционистские фантазии или поведение, не приводящие к организованной перверсии. Фетишизм, вуайеризм, педофилия и садистские перверсии на любом уровне организации личности среди женщин являются относительно редкими.

Общепринятое мнение, что кастрационная тревога является более мощной силой в мужской психологии по сравнению с женской, может объяснить, почему эта последняя общая характеристика всех перверсий является у мужчин более сильной. Однако

наблюдение, сделанное МакДугалл (McDougall, личное общение), о тяжести примитивных форм кастрационной тревоги у женщин с сильными преэдиповыми конфликтами подразумевает, что этот вопрос, возможно, остается открытым. Сильное торможение любого сексуального удовольствия, исходящее от преэдиповых конфликтов и предшествующее преобладанию механизмов вытеснения, чаще встречается у женщин, возможно, сигнализируя об опасности полного выражения женской сексуальности, если преэдиповы конфликты вокруг агрессии по отношению к матери приводят к раннему отказу от первичной женственности.

Перверсия и гомосексуальность и пограничная организация личности

На этом уровне психопатологии динамика перверсий, описанная британской и французской школами, оказывается в центре бессознательной жизни пациентов и сочетается с психодинамикой пограничной организации личности. Почему у некоторых из этих пациентов развивается организованная перверсия, тогда как у большинства вместо этого проявляются множественные перверсные инфантильные сексуальные черты, удовлетворительно объяснить мы еще не можем. Наличие последних, при отсутствии организованной перверсии, является обычным для пограничных пациентов обоего пола. Я наблюдал садистское, мазохистское, вуайеристское и эксгибиционистское поведение у пограничных женщин и крайне регрессивное, причудливое мазохистское поведение у обоих полов. Однако наиболее тяжелые типы агрессивной перверсии, которые я наблюдал и которые описаны в литературе, принадлежали почти исключительно мужчинам. Остается открытым вопрос, в какой степени биологические аспекты выражения агрессии и ее культуральные детерминанты влияют как на более высокую интенсивность агрессии, так и на ее канализацию через садистское сексуальное поведение у мужчин. Существуют, однако, хорошо документированные случаи садистских перверсий у женщин, а многие из таких случаев из уголовной практики никогда не доходят до психиатра. Роман “Пианистка” (“Die Klavierspielerin”) Эльфриды Йелинек (Elfriede Jelinek, 1983) проникновенно рассказывает о связи между садистской, вуайеристской и мазохистской перверсией у женщины и ее садомазохистским и гомо-

сексуальным отношением к крайне завистливой, садистской и навязчивой матери.

Если пограничная структура не осложнена нарциссической личностью, то хаотические объектные отношения затеняют гомосексуальную динамику; но если пограничная организация личности существует в контексте нарциссической личности, гомосексуальная ориентация становится намного сильнее. В то же время объектные отношения не хаотичны — по крайней мере при обычном социальном функционировании. У этих нарциссических пациентов можно обнаружить доминирующую бессознательную фантазию включения в себя — в качестве элемента гомосексуальной идентичности — характеристик обоих полов, так что зависть к другому полу они могут успешно отрицать. Такое развитие становится основой чрезвычайно тяжелых сопротивлений при психоаналитическом лечении.

Я обнаружил: как у мужчин, так и у женщин, если перверсные тенденции являются множественными, а организация личности — отчетливо пограничной, прогноз лечения зависит от интенсивности и тяжести агрессии, от той степени, на которой поддерживается функционирование Супер-Эго (хотя бы такой, чтобы было доступно понимание обычной, общепринятой морали), а также от наличия или отсутствия нарциссической организации — интеграции патологически грандиозного "Я".

Пограничная организация личности как таковая плюс множественные перверсные тенденции при отсутствии тяжелой патологии Супер-Эго, без примитивизации агрессии и без нарциссической структуры личности имеет относительно хороший прогноз фундаментальной реорганизации сексуальной жизни пациента и разрешения его психопатологии в целом. В этих случаях с более хорошим прогнозом сама доступность множественных перверсных тенденций может улучшить сексуальную жизнь тогда, когда произойдет разрешение пограничной организации личности.

Устранение всех перверсных особенностей

Исследование пограничных пациентов с тяжелой заторможенностью сексуального желания, включая существенные ограничения способности к получению удовольствия от мастурбации или любого сексуального взаимодействия с другим человеком, обнажает

громадное различие между сексуальной заторможенностью, вызванной вытеснением (типичной для невротической организации личности), и заторможенностью, вызванной недоступностью или ранним отрицанием эротического возбуждения от стимуляции тела на ранних стадиях развития. Серьезные конфликты в отношениях ребенка и матери в первые годы жизни, отсутствие поддерживающих, удовлетворяющих отношений матери и младенца, позволяющих пробудить кожную эротику, кажется здесь ведущим этиологическим элементом.

Мужчинам, которые не способны к привязанности и нежности, к эротическому возбуждению, присущи глубокие страхи, и они испытывают глубоко укоренившееся непринятие женщин, а также параноидные тенденции, осложняющие их интенсивную тревогу по поводу своего сексуального функционирования. Можно сказать, что их кастрационная тревога настолько пропитана страхом уничтожения со стороны фантазийного примитивного садистского материнского образа, что любая чувственность подавляется или исключается.

У женщин с пограничной организацией личности и тяжелыми конфликтами вокруг преэдиповой агрессии эти сексуальные торможения особенно резистентны к аналитическому лечению. Обычно они связаны с глубоким отвержением женской идентичности и представлением о женском теле как генитально разрушенном и отвратительном; путем проекции своих агрессивных импульсов эти женщины также переживают мужскую генитальность как опасную и отвратительную. Исключительная мастурбаторная фантазия одной пациентки заключалась в глубоко унизительной сцене: она была распластана на твердой кровати и окружена группой монахинь, наблюдающих, как мать-настоятельница применяет механическое устройство для проникновения в ее обнаженные гениталии. Такой сценарий не включает никакой физической близости, никакого контакта мужских и женских гениталий — только ужасную, пугающую, унижающую атмосферу мира, управляемого садистскими и вуайеристскими женщинами. У этой пациентки была история проблем сепарации и индивидуации от матери, которую она воспринимала крайне садистской, подавляющей и вмешивающейся. Мать запрещала проявление любого сексуального любопытства в семье и доминировала над своим пассивным и дистантным мужем. Пациентка боролась с громадными трудностями по сепарации от архаического, примитивного материнского образа, кото-

рый препятствовал как ее идентификации с женской ролью, так и ее выходу наружу — к отцу и гетеросексуальности.

Задача лечения перверсии состоит в том, чтобы освободить инфантильную полиморфную перверсную сексуальность из ловушки, в которую ее заключила окружающая психопатология. Необходимо достигнуть положения, при котором полиморфные перверсные инфантильные фантазии и опыт пациента выразились бы в контексте глубоких объектных отношений, где нежность и эротика соединились бы и неизбежно соединились бы также эротика и агрессия, проявились бы наиболее глубокие конфликты относительно эдиповой ситуации и кастрационной тревоги.

17. КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МУЖСКОЙ ПЕРВЕРСИИ (С ОТДЕЛЬНЫМ РАССМОТРЕНИЕМ МУЖСКОЙ ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТИ)

Обсуждая историю концепции перверсии в размышлениях Фрейда, Лапланш и Понталис задают главный вопрос о генитальности: "Было бы... обоснованным спросить: не сам ли ее объединяющий характер — сила как "тотальность" в противоположность "частичным" инстинктам — обеспечивает генитальности нормативную роль? Многочисленные перверсии, такие как фетишизм, большинство форм гомосексуальности и даже инцест, когда они действительно практикуются, предполагают организацию под доминированием генитальной зоны. Это, конечно, предполагает, что норму следует искать где угодно, но только не в генитальном функционировании самом по себе" (Laplanche and Pontalis, 1973).

На практике большинство психоаналитиков ограничивают концепцию перверсии "отклонениями" от нормальной сексуальной цели или выбора объекта, которые имеют привычный и облигаторный характер (Moore and Fine, 1990). Такое определение исключает широкий спектр поведений и фантазий, характерных для нормальной сексуальности, но по-прежнему оставляет проблему: из чего состоит "нормальная" сексуальность? Лапланш и Понталис задаются вопросом, почему Фрейд, первоначально отвергнув описательные классификации перверсий как не отдающие должного нормальным функциям полиморфных перверсных сексуальных побуждений в ходе психосексуального развития индивида, не пошел до конца и "категоризовал в качестве перверсий" именно то, что так категоризовалось всегда (Laplanche and Pontulis, 1973).

Я считаю, что "нормальное" сексуальное поведение может включать в себя больше, чем это подразумевает классическое психоаналитическое определение. Я думаю, что классификация сексуальной патологии, в особенности перверсий, должна включать в себя рассмотрение объектных отношений; она не может быть основана исключительно на содержании сексуального поведения. Я думаю

также, что пренебрежение функциями полиморфных перверсных фантазии и поведения в нормальных сексуальных взаимодействиях или их недооценка приводят в классическом психоаналитическом определении к недооценке функций перверсных особенностей идеализации, являющейся нормальной составной частью сексуальных аспектов любовных отношений. Перверсные особенности выражают собой ранние уровни объектных отношений, бессознательно активирующихся при половом акте, и это влияет на интенсивность и смысл сексуальных переживаний. Кроме того, суждение Фрейда (Freud, 1985), что неврозы являются негативами перверсий, не согласуется с нашим нынешним пониманием сложных отношений между организацией личности, перверсной "структурой" и патологией объектных отношений. Тесно связано с этими вопросами и соотношение между эдиповыми и преэдиповыми детерминантами перверсий и та степень, в которой эдиповы и преэдиповы компоненты включены в определенные перверсные структуры.

Мужская полиморфная перверсная сексуальность

Ниже я попытаюсь применить общую теоретическую схему анализа перверсий (изложенную в гл. 16) к мужской перверсии.

Одной из наиболее поразительных и часто встречающихся фантазий у пациентов с клиническими перверсиями является фантазия, что их особенный способ удовлетворения своих сексуальных потребностей или дает такое интенсивное удовольствие, или имеет настолько "возвышенный" характер, что ни один другой тип сексуального поведения не способен с ним сравниться. Те, у кого нет такой перверсии, могут испытывать только бледное отражение доступных этим пациентам страсти и удовольствия (Lussier, 1983). Шассге-Смиржель (Chasseguet-Smirgel, 1984) указывает на защитную природу такой идеализации перверсии, защиту, которая обычно служит для оправдания анализации любых сексуальных отношений, что является частью перверсии и также подкрепляет отрицание значения нормального полового акта, с его эдиповым подтекстом.

Но идеализация — это также главная особенность нормальных любовных отношений и сексуальных встреч. Идеализация мужчиной женской анатомии — гениталий, груди и кожи — является

частью сексуального возбуждения, связанного с влюбленностью. Идеализация анатомии полового партнера, которую я называю эротической идеализацией, зависит от способности вкладывать в любимый объект как нежные, так и эротические чувства. Кроме того, проекция своего Эго-идеала на любимый объект, характерная для влюбленности, повышает нарциссическое удовлетворение, обеспечиваемое встречей; одновременно с этим, любовь объекта выражает удовлетворение либидинальных потребностей объекта. Идеализация любимого объекта, таким образом, также включает в себя идеализацию генитальной встречи, собственного тела и гениталий, и тела и гениталий партнера, когда они соприкасаются и сливаются друг с другом. Это замечание кажется самоочевидным, но я делаю его, потому что оно противоречит высказыванию Фрейда (Freud, 1914), утверждавшего, что нарциссическая зараженность при влюбленности понижается.

Вуайеристские, эксгибиционистские, садистские и мазохистские фантазии и желания любящей пары, гомосексуальный смысл их идентификации с возбуждением и оргазмом партнера приводят к символически выраженному преодолению эдиповых запретов. Пара в любви и сексуальном союзе становится эдиповой парой. Их фантазии, желания и взаимодействия являются также мостами к символическому слиянию или смешиванию двух тел, что выражает преэдиповы симбиотические побуждения, мостами к слиянию, отыгрываемому с чувством потери контроля при взаимном возбуждении и оргазме. Нормальная идеализация частей тела любимого объекта может также распространяться на одежду объекта и другие его вещи, приобретая таким образом фетишистские функции.

Такие эротические идеализации могут вдохновить на художественное или религиозное выражение. При клинических перверсиях они могут также служить функции создания “неосексуальности” (Mc Dougall, 1985), или избегания эдиповой ситуации путем идеализации преэдиповых сексуальных предшественников. Я считаю, что эти типы идеализации в норме окрашены эдиповыми стремлениями и придают сексуальной любви трансцендентный характер, связывая ее с искусством и религией.

Противоположной фантазии пациента, состоящей в том, что его клиническая перверсия приносит наиболее сильное сексуальное удовольствие, является драматическое обогащение сексуальных переживаний, которое возможно, если в ходе успешного психоаналитического лечения полиморфная, перверсная сексуальность

интегрируется с сексуальными фантазиями и поведением, отражающими разрешение эдиповых запретов на генитальную сексуальность.

Эротическая идеализация может, таким образом, выполнять как нормальные, так и патологические функции. Любые идеализации можно рассматривать как исходящие из конфликтов вокруг амбивалентности, и эротическая идеализация полиморфной перверсной сексуальности не является исключением. Но интеграция ненависти в любовных отношениях в целом обогащает эти отношения и сопровождающее их эротическое возбуждение, тогда как идеализация определенной перверсии является вторичной защитой, рекрутируемой на службу отрицания кастрационной тревоги и регрессии к анальной фазе.

Мужская гетеросексуальная идеализация женского тела создает чувство тайны и возбуждения, трансцендирующее обычные эстетические соображения и в особенности — общепринятые пределы эстетики. Такая идеализация позволяет мужчине переносить конфликт между своим желанием включить в себя (инкорпорировать) любимую и своим осознанием невозможности до конца проникнуть ни в ее тело, ни в ее душу. Иными словами, такая идеализация повышает толерантность к непроницаемой природе другого, оставляя при этом бесконечное стремление к слиянию. Эротическая идеализация излучает сексуальное желание в социальную жизнь и строит и поддерживает межличностные напряжения, сигнализирующие об активации эдиповых фантазий и сценариев в социальной структуре.

Эротическая идеализация также усиливает постоянство желания и сохраняет любовь в условиях ненависти, что является нормальной частью амбивалентности, усиливающейся при углублении объектных отношений в любовной паре. Мужчина, сексуально возбужденный женщиной, приводящей его в ярость, иллюстрирует функцию эротической идеализации в этой амбивалентности.

Эротическая идеализация мужчиной-гомосексуалистом тела своего партнера также обнаруживает при аналитическом исследовании элементы гетеросексуальности в фантазийных отношениях между матерью как эдиповым объектом и маленьким мальчиком (впервые это описал Фрейд в своей статье “О нарцизме” (Freud, 1914). Желание маленького мальчика заставить мать восхищаться его пенисом, так, чтобы он смог преодолеть свои страхи, что этот пе-

нис не подходит и не способен соперничать с отцовским и не может соответствовать требованиям материнского влагалища (Chasseguet-Smirgel, 1984), его потребность в подтверждении, что он обладает хорошим, любящим, а не агрессивным и ядовитым пенисом, удовлетворяются возбужденным восхищением перед пенисом гомосексуального партнера и возбуждением и восхищением партнера от этого гомосексуального пациента.

Эксгибиционистское, вуайеристское, фетишистское, садистское и мазохистское значение эротической идеализации пениса и гомосексуальной игры с ним иллюстрируется типичными мужскими фантазиями сексуального возбуждения посредством стимуляции руками без возможности достижения оргазма и желанием пассивной стимуляции собственного пениса, так же как и желанием агрессивного проникновения в полости тела сексуального партнера. Нарциссическая идентификация с сексуальным возбуждением и оргазмом партнера и с восхищением партнера перед собственным телом индивида связана с эдиповыми и преэдиповыми фантазиями, которые замечательно похожи между собой у гомосексуальных и гетеросексуальных пациентов-мужчин. Это сходство снова указывает на нормальную, универсальную функцию полиморфных перверсных фантазий и импульсов. Сходные наблюдения, конечно же, можно сделать и по поводу функций гомосексуальных компонентов в эксгибиционистских фантазиях и возбуждении женщины, и по поводу ее возбуждения от эротической игры с эрегированным пенисом, отвечающим возбуждением и оргазмом на ее контроль над ним.

По моему опыту, психоаналитическое исследование регулярно демонстрирует, что гомосексуальные элементы у обоих полов обогащают эротическую идеализацию гетеросексуальных взаимодействий. Проблема, таким образом, состоит в том, чтобы проследить, как нормальные перверсные тенденции превращаются в ограничивающие, облигаторные перверсии и как сопутствующая эротическая идеализация преобразуется в защиту, отрицающую значение диссоциированных или вытесненных сексуальных импульсов, связанных с запретной реализацией эдиповых желаний. Хотя у нас, видимо, нет пока определенного ответа на этот вопрос, исследование динамики гомосексуальности в контексте серьезных расстройств личности дает нам важную информацию относительно некоторых детерминант такого превращения.

Гомосексуальность при невротической организации личности

Гомосексуальные пациенты-мужчины с невротической организацией личности и соответствующими структурными характеристиками мира их объектных отношений обычно демонстрируют доминирование бессознательного подчинения эдипову отцу, связанное с виной по поводу своих эдиповых побуждений по отношению к матери и кастрационной тревогой. Другими словами, они обнаруживают защитную структурализацию негативного эдипова комплекса в контексте консолидированной Эго-идентичности, преобладание целостных или интегрированных объектных отношений и преобладание эдиповых стремлений и защитных механизмов, группирующихся вокруг вытеснения.

В подчинении эдипову отцу они защитно идентифицируются с матерью и часто обнаруживают нарциссический гомосексуальный выбор объекта, описанный Фрейдом (Freud, 1914) — выбирают своим объектом мужчину, который олицетворяет их самих в детстве и к которому они относятся по-матерински. Действительно, существуют пациенты, которые гомосексуально идентифицируются с самими собой как с детьми, любимыми матерью, в то время как их желания к матери переносятся на ведущих себя по-матерински мужчин, защищающих их как от запретных отношений с матерью, так и от диссоциированного жестокого и садистского отца. Тот же самый пациент может по очереди идентифицироваться, в различных гомосексуальных отношениях, с дающей матерью или с зависимым сыном.

Такие пациенты обычно обнаруживают более глубокую эротическую идеализацию мужского тела, но часто они также способны к идеализации и женского тела, за исключением гениталий. Они могут стремиться к десексуализированным отношениям с не угрожающей им женщиной, тогда как их отношения с мягкими, женственными мужчинами сигнализируют об отвержении агрессивных, "брутально" гетеросексуальных мужчин, олицетворяющих преследующего эдипова отца.

В своих любовных отношениях они часто способны создавать стабильные объектные отношения, включающие как генитальное возбуждение, так и нежность по отношению к одному и тому же мужчине, иллюстрируя этим, что здесь, так же как и при всех нарциссических перверсиях, мы обнаруживаем способность к ин-

теграции генитальных и нежных чувств в одних и тех же объектных отношениях. Такие пациенты часто толерантны к полиморфным перверсным фантазиям и действиям и могут демонстрировать широкий спектр сексуального поведения, наряду с поддержанием облигаторного гомосексуального состояния. Идеализация искусства как защита от значительной регрессии и диссоциация непосредственного анального и орального удовольствия от таких отщепленных идеализаций также типичны для этих случаев.

Где проходят границы между гомосексуальностью на уровне невротической организации личности и нормальными гомосексуальными компонентами мужской сексуальности? С традиционной психоаналитической точки зрения, мы могли бы сказать, что невротическая гомосексуальность подразумевает привычные, облигаторные гомосексуальные интересы и взаимоотношения, сигнализирующие о неудаче в нормальном разрешении инфантильных эдиповых конфликтов и поэтому в способности идентифицироваться с эдиповым отцом в полноценных отношениях с взрослой женщиной и в полном принятии функции отцовства вместе с гетеросексуальной сексуальностью. В последние годы этот взгляд был поставлен под вопрос теми психоаналитиками, которые предположили существование конституционально детерминированной гомосексуальной организации, которая у некоторых индивидов способствует развитию нормальной гомосексуальной организации, или невротической гомосексуальной организации, если осложняющие развитие конфликты препятствуют установлению нормальной сексуальности (Morgenthaler, 1984; Isay, 1989).

Кроме того, очень может быть, что граница между нормальной и патологической гомосексуальной ориентацией по-разному проходит в разных обществах и в различные исторические периоды; исследование этой границы посредством психоанализа нередко осложняется неизбежными культуральными предубеждениями, пропитывающими все социальные науки. Я вернусь к этому вопросу после исследования более тяжелых уровней организации гомосексуальности, так же как и мужской перверсии в целом. Из-за огромных различий в прогнозе, упомянутых в гл. 16, невротическую гомосексуальность необходимо также отличать от гомосексуальности на уровне пограничной организации личности и особенно от гомосексуальности, уходящей корнями в нарциссическую структуру личности.

Гомосексуальность на пограничном уровне

Клинические ситуации, с которыми мы встречаемся у гомосексуальных пациентов с пограничной организацией личности, отличаются по степени организации перверсной структуры, качеству нарциссических особенностей, интеграции Супер-Эго и интенсивности агрессивного влечения.

Мы можем описательно дифференцировать в первую очередь пограничных пациентов, обнаруживающих хаотическое сосуществование множественных перверсных особенностей, без какого-либо их явного преобладания над генитальной сексуальностью, от случаев, в которых кристаллизовалась доминирующая перверсия (привычное и облигаторное ограничение сексуальной фантазии и поведения). Как я указывал в главе 16, пограничные пациенты с хаотическими, полиморфными перверсными сексуальными фантазиями и поведением, но без консолидировавшейся перверсии имеют более хороший прогноз для лечения, чем те, у которых есть организованная перверсия или отсутствует доступ к сексуальной эротике.

Следует подчеркнуть, что это отсутствие доступа вызвано не вытеснением, а отсутствием или недоразвитием способности к эротическому возбуждению и идеализации, характерным для некоторых из наиболее тяжелых пограничных пациентов, чье антигедоническое качество жизненных переживаний по-прежнему сталкивает нас с загадочными клиническими и теоретическими вопросами.

На этом уровне организации личности мы обнаруживаем два доминантных типа динамики мужской гомосексуальности. Первый — это консолидированная гомосексуальная перверсия у ненарциссических пограничных пациентов, у которых доминирует пре-эдиповый тип гомосексуальности, обычно включающий бессознательное желание сексуального подчинения отцу для получения от него орального удовлетворения, в котором отказывает опасная, фрустрирующая мать. Такие отношения пациента с идеализированным партнером могут быстро приобрести требовательный, жадный, бесконечно неудовлетворенный характер, отражающий оральные потребности и фрустрации, усилия по контролю за сексуальным партнером и тенденцию силой извлекать из партнера оральные запасы, которые, как подозревается, партнер удерживает в себе. Садистские импульсы этих пациентов могут немедленно проециро-

ваться и обладают сильным потенциалом для активации параноидных фантазий. Операции расщепления способствуют обесцениванию сексуальных партнеров, фрустрирующих оральные потребности пациента, и идеализации новых партнеров, ведут к сексуальному промискуитету наряду с глубокой и хаотичной прилипчивой требовательностью и садомазохистскими взаимодействиями.

Идеализация этими пациентами десексуализированных женщин также может приобретать примитивный, зависимо прилипчивый характер и иногда приводит к мстительным идентификациям с женщинами в форме псевдофеминного поведения, выражающего отрицание потребности в матери, путем идентификации с уничижительной карикатурой на нее. Хаотические взаимодействия таких пациентов, склонность к эксплуатации, безжалостность и при этом отчаянная прилипчивость иллюстрируют их способность к эмоциональной вовлеченности и неспособность к поддержанию константности объектов.

Другой альтернативой на этом уровне организации личности является, как уже было упомянуто, консолидация нарциссической структуры личности с доминантной гомосексуальной идентификацией. Эта идентификация часто отражает бессознательную фантазию принадлежности к обоим полам в одно и то же время и поэтому — отрицание нарциссической раны — своей обреченности принадлежать только одному полу и бесконечно стремиться к другому. Консолидация нарциссической структуры личности и гомосексуальности в этом контексте приводит к поиску других мужчин, которые становятся идеализированными копиями патологически грандиозного “Я”. Отношения с таким мужчиной могут поддерживаться до тех пор, пока потребность пациента в восхищении удовлетворяется его партнером, не возбуждая чрезмерной зависти, и партнер не подвергается преждевременному обесцениванию в процессе защитных операций против зависти. На практике такие тщательно сбалансированные гомосексуальные отношения трудно поддерживать. Мужчины-гомосексуалы с нарциссической структурой личности обычно демонстрируют либо стабильные, но эксплуатирующие взаимоотношения с ненарциссическим, услужливым, мазохистским мужчиной с гораздо большей способностью к привязанности к объектам, чем у них, или длинную серию кратких, эксплуатирующих отношений, или случайных встреч с партнерами, обладающими сходными наклонностями.

Поверхностное функционирование этих пациентов может быть значительно лучше, чем у незевротических пациентов, упомянутых выше. Их отношения могут быть эмоционально пустыми и эксплуатирующими, но они гораздо менее хаотичны и обладают способностями к сублимации в других областях. Их способность к привязанности к объектам в несексуальных сферах поддерживается лучше; они могут в течение многих лет постоянно обесценивать свои вызывающие конфликты сексуальные встречи и закончить относительно удовлетворительным асексуальным социальным равновесием.

Я наблюдал нескольких пациентов с нарциссической личностью и гомосексуальностью, которые установили такое равновесие, достигнув сорока-пятидесяти лет. У них происходили периодические сексуальные встречи или краткие романы, но у них могли быть дружеские отношения с другими мужчинами (часто прежними любовниками), которые нередко развивались в социально удовлетворительные, а иногда даже близкие отношения без сексуальности. Аналогично этому они могли устанавливать несколько дистантные, но стабильные отношения с друзьями-женщинами; их сексуальное удовлетворение в конце концов становилось диссоциированным и довольно механическим, тогда как их преимущественно асексуальная жизнь обеспечивала им стабильность. Этот факт находится в драматической противоположности с более поздним жизненным опытом гомосексуальных мужчин на невротическом уровне организации личности, которые способны поддерживать стабильные и удовлетворительные отношения с другим мужчиной в течение многих лет или даже всей жизни.

Мужчины-гомосексуалисты со злокачественным нарциссизмом демонстрируют параноидные, садистские и антисоциальные тенденции, как это бывает в случаях мужчин-проституток и агрессивного типа мужчин-трансвеститов (the drag queen). Пропитанность патологически грандиозного "Я" агрессией при злокачественном нарциссизме приводит к провалу защитных функций гомосексуальности против непосредственного выражения примитивной агрессии. В противоположность функции перверсных тенденций в нормальных обстоятельствах — рекрутировать агрессию на службу сексу и любви — секс и любовь здесь рекрутируются на службу агрессии. Это приводит в экстремальных обстоятельствах к перверсности объектных отношений, характеризующейся безжалостной эксплуатацией, символическим разрушением объектов и реальным насилием.

Диагностическая схема для мужской перверсии

Я полагаю, стало ясно, что нельзя говорить о перверсной структуре или интегрировать всю патологию, включаемую в мужские перверсии, в одну схему или категорию. Здесь могут существовать более значительные различия (например, между мужской гомосексуальностью на невротическом уровне организации личности и мужской гомосексуальностью на пограничном или нарциссическом уровнях), чем между невротической гомосексуальностью и другими типами невротической патологии характера у мужчин. И здесь могут существовать более значительные отличия между негомосексуальными перверсиями в контексте невротической организации личности и сходными перверсиями на уровне пограничной организации личности, чем между такими перверсиями и другой, неперверсной невротической патологией характера. Мне кажется, что в терминах показаний и противопоказаний для психоанализа, в терминах анализабельности и прогноза, эти наблюдения уже давно признаются. В этой области различия между клинической практикой и теоретическими взглядами могут быть вызваны, по крайней мере частично, культуральными предубеждениями.

Я предлагаю классификацию мужской перверсии, основанную на патологии интернализованных объектных отношений, патологии Супер-Эго, доминировании агрессии и на уровне организации Эго.

Нормальная полиморфная перверсная сексуальность

Особое значение имеет то, что клиницисты часто не замечают заторможенности полиморфной перверсной сексуальности, имеющей огромное значение для нормального удовольствия от любви и секса. Интересно, например, что у пациентов, демонстрирующих сексуальную заторможенность, полное разрешение эдипально детерминированных сексуальных конфликтов может произойти только тогда, когда в их сексуальных отношениях высвободятся полиморфные перверсные тенденции. Другим преимуществом принятия предлагаемых мной критериев является то, что они помогают обнаруживать области, требующие дальнейшего аналитического исследования. Пациенты при переходе, например, от пограничной организации личности со множественными полиморфными сексуальными тенденциями к невротической организации личности, изменении, которое во всем остальном указывает на определенное улучшение, могут становиться сексуально затормо-

женными взамен прежних “свободных” полиморфных перверсных сексуальных тенденций и нуждаются в новой аналитической работе в данной области в контексте доминирующих эдиповых конфликтов и невротической симптоматологии.

Организованная перверсия при невротической организации личности

Эта категория включает в себя типичные перверсии, негативом которых может рассматриваться невроз. Такие пациенты обнаруживают доминирующие эдиповы конфликты при анальной и оральной регрессии, но без доминирования преэдиповых конфликтов, без преэдиповой агрессии и без потери Эго-идентичности. Они обнаруживают константность объектов или соответствующую ей способность к глубоким объектным отношениям.

Полиморфная перверсная сексуальность как часть пограничной организации личности

Здесь мы имеем полиморфные перверсные сексуальные фантазии и поведение без организованной перверсии — типичный сексуальный хаос пограничных пациентов с гомосексуальными, гетеросексуальными, эксгибиционистскими, вуайеристскими, садистскими, мазохистскими и фетишистскими чертами. Такие случаи определенно не являются перверсиями в клиническом смысле. Внимание к их полиморфным перверсным тенденциям обосновано только тем, что они указывают на прогностически благоприятное развитие в противоположность тем пограничным случаям, в которых обнаруживается тяжелая заторможенность любой эротики и эротической идеализации.

Структурированная перверсия у пограничной личности

Эти пациенты демонстрируют недостаточность в интеграции идентичности и константности объектов и преимущественно примитивные защитные операции. Они не обнаруживают идеализа-

ции, отрицания, реактивных образований и проекции, основанных на вытеснении, типичном для невротического уровня организации личности. Такие случаи труднее для лечения, чем обычная пограничная патология, они имеют более сдержанный прогноз. Здесь мы находим истероидных пациентов-мужчин, склонных к переодеванию в одежду противоположного пола и демонстрирующих преимущественно пассивные и женственные черты характера.

Перверсия и нарциссическая патология

Эти случаи еще более трудны для лечения, и, как уже упоминалось выше, гомосексуальная идентичность может быть тесно интегрирована в патологически грандиозное "Я". В связи с этим многие гомосексуальные пациенты-мужчины с нарциссической структурой личности проявляют сильные защиты, рационализирующие и защищающие их гомосексуальность как эго-синтонную часть патологически грандиозного "Я". Поэтому они не хотят лечиться и могут даже предложить специальную "идеологию", обосновывающую превосходство мужской гомосексуальности.

Данный феномен иллюстрирует, что степень, в которой гомосексуальность является эго-синтонной, или чуждой Эго, не связана с тем, является ли структура личности пациента невротической, пограничной или нарциссической. Гомосексуальность при невротической структуре личности также может быть эго-синтонной. Многие пациенты с невротической структурой личности и тяжелым симптоматическим неврозом или патологией характера обращаются за психоаналитическим лечением, но настаивают на том, чтобы сохранить свою гомосексуальность. По моему опыту, трудно или невозможно предсказать, какова будет сексуальная ориентация пациента по окончании лечения. Во многих случаях как невротической, так и нарциссической патологии характера первоначальная эго-синтонная гомосексуальность меняется на гетеросексуальность, но есть случаи, при которых разрешение патологии характера сочетается с консолидацией более адаптивной и удовлетворяющей гомосексуальности. Указывает ли это на существование нормальной гомосексуальности или на ограничения психоаналитического лечения, мы обсудим ниже.

Перверсия и злокачественный нарциссизм

Эта группа включает в себя многих drag queens — мужчин-гомосексуалистов с антисоциальными тенденциями и угрожающими жизни садистскими гомосексуальными перверсиями. Прогноз для психотерапевтического лечения данной категории лиц чрезвычайно плохой и практически нулевой для пациентов с антисоциальной личностью как таковой.

Перверсия при психозе

Организованные перверсии у пациентов с психотическим функционированием имеют много общих черт со злокачественным нарциссизмом и угрожающим для жизни садизмом. Когда садистские черты являются выраженными, эти пациенты обычно бывают крайне опасными.

Имеет ли смысл использовать термины *перверсная структура* по отношению к какой-либо из этих групп? Я оставил бы этот термин для пациентов с организованной перверсией при пограничной организации личности, учитывая, что термин *перверсность* при переносе следует ограничить теми пациентами, которые бессознательно пытаются превратить любую получаемую ими помощь, любую любовь и заботу в деструктивную и самодеструктивную силу. Этот процесс может происходить как у пациентов с перверсиями, так и у пациентов без сексуальных отклонений. Тяжесть пограничной патологии, сдержанность прогноза и громадные трудности лечения этих случаев, как мне кажется, оправдывает применение термина “перверсная структура” к данной подгруппе. В противоположность этому моя классификация склонна уменьшать диагностические и прогностические различия между перверсией на невротическом уровне организации личности, с одной стороны, и обычным неврозом и невротической патологией характера, с другой. Если я прав и такой концептуальный сдвиг клинически обоснован, это поставит новые вопросы относительно спектра психоаналитически излечиваемых пациентов с перверсиями.

Мужская гомосексуальность и нормальность

Мы можем сейчас обратиться к вопросу о том, как провести различие между гомосексуальностью, включенной в невротическую организацию личности, и гомосексуальными тенденциями, которые можно рассматривать как эквивалентные другим полиморфным перверсным аспектам нормальной сексуальности. Здесь мы сталкиваемся с теоретическими, клиническими и культуральными проблемами.

Теоретически, с психоаналитической точки зрения, можно спросить, может ли вообще гомосексуальность рассматриваться как "нормальный" вариант половой жизни. Если преодоление эдиповой констелляции означает, что мужчина должен быть способен идентифицироваться с сексуальными и отцовскими функциями отца, тогда любая гомосексуальность будет означать ограниченность в этом отношении. Если в клинической практике мы встречаем случаи, которые все же соответствуют гомосексуальному выбору объекта без заметного присутствия конфликтов, включающих кастрационную тревогу, страх полной генитальной и нежной привязанности к женщине, страх состязания с эдиповым отцом в сексуальной области или страх перед всеобъемлющим, преследующим материнским образом, то психоаналитическая теория о решающем значении инфантильной сексуальности в обусловливании бессознательных сексуальных конфликтов и ориентации должна быть пересмотрена.

Можно, конечно, цинично заключить, что при присущем психоаналитикам предубеждении мы никогда не обнаружим того, чего не хотим увидеть. Против этого аргумента, однако, восстает реальность резко разнящихся мнений относительно этих вопросов среди психоаналитиков и очевидное стремление некоторых из них радикально пересмотреть базовые психоаналитические положения в этой области. Моргенталер (Morgenthaler, 1984), например, предполагает, что полиморфная перверсная сексуальность отражает базовое, безобъектное сексуальное влечение, а гомосексуальность и гетеросексуальность образуют организованные, связанные с объектами структуры, которые могут быть как нормальными, так и патологическими. Исай (Isay, 1989) на основе психоаналитического исследования более сорока гомосексуальных мужчин приходит к заключению, что гомосексуальность является непатологическим вариантом человеческой сексуальности. Фридман (Friedman, 1988),

подчеркивая психологические детерминанты гомосексуальной ориентации, также указывает на возможные связи между избеганием мальчиками агрессивной игры и пренатальным эндокринным влиянием на сексуальную ориентацию. Хотя влияние психосоциальных факторов на гомосексуальную ориентацию, видимо, является преобладающим (Green, 1987; Money, 1988; Arndt, 1991), влияние пренатальных гормональных факторов на структуры мозга, воздействующие на сексуальное поведение, может быть ответственным за последние находки, предполагающие биологический субстрат сексуальной ориентации у гомосексуальных мужчин (Le Vay, 1991).

С клинической точки зрения, ситуация также очень сложна. Если гомосексуальные тенденции просто проявляются, так же как и другие полиморфные перверсные тенденции, мы можем ожидать спектра гомосексуальных реакций, начиная с перверсии в смысле привычного и облигаторного ограничения на одном полюсе и кончая случайными гомосексуальными импульсами, фантазиями и поведением — то, что я описал как нормальные гомосексуальные компоненты полиморфных перверсных аспектов гетеросексуального взаимодействия, — на другом. Эти идеи, однако, не подкрепляются ни моим собственным многолетним клиническим опытом, ни опытом моих коллег. Я наблюдал очень немного примеров случайного гомосексуального поведения у пациентов-мужчин, у которых не было бы при этом значительной патологии характера.

Более того, огромное большинство встречаемых нами пациентов, у которых обнаруживается случайное гомосексуальное поведение или бисексуальная ориентация, принадлежат к пограничному спектру патологии. Другими словами, случайный или периодический выбор гомосексуальных партнеров и “бисексуальности” в широком смысле обычно обнаруживаются у пациентов, нарушенных более тяжело, чем пациенты с невротической организацией личности.

Если, с другой стороны, гомосексуальная ориентация доминирует и сексуальное поведение и фантазия исключительно или преимущественно направлены на мужчин, мы также находим варьирующие степени патологии характера; только изредка мы обнаруживаем случаи мужской гомосексуальности без такой патологии. Можно, конечно, возразить, что нормальные гомосексуальные мужчины не обращаются к психоаналитику, что культуральное предубеждение против мужской гомосексуальности, присутствую-

щее даже при обращении с маленьким ребенком, травмирует гомосексуального мальчика и приводит к возникновению у него патологии характера.

Кроме того, хотя не все мужчины-пациенты с невротической организацией личности и гомосексуальностью приходят к разрешению своей гомосексуальной ориентации в ходе психоаналитического лечения, те, кто этого достигают, обычно наряду с этим разрешают также и свою основную невротическую патологию характера. Такое лечение, однако, является долгим и трудным. Наоборот, некоторые пациенты с пограничной организацией личности и нарциссической личностью легче приходят к отказу от гомосексуального поведения без заметного разрешения патологии своего характера. Некоторые пациенты с тяжелой патологией объектных отношений могут более легко поменять свою внешнюю сексуальную ориентацию по сравнению с более здоровыми невротическими пациентами с гомосексуальной структурой, которым присуща большая включенность в объектные отношения.

С клинической точки зрения, не существует континуума между невротической мужской гомосексуальностью и нормой, и ориентация на тот или другой пол не следует обычному для полиморфной перверсной сексуальности распределению.

Мы можем спросить, насколько сильное культуральное предубеждение против мужской гомосексуальности связано с наблюдаемым нами отсутствием континуума. Не является ли социальное давление конвенциональности тормозящим гомосексуальное поведение мужчины фактором, даже если предрасположенность к нему гораздо более распространена, чем на это указывает действительное поведение? Одним из аргументов в поддержку данной гипотезы является то, что у женщин мы действительно можем наблюдать спектр случайного гомосексуального поведения, который соответствует теоретически ожидаемому спектру всех полиморфных перверсных сексуальных наклонностей.

Более высокая частота случайных, необлигаторных гомосексуальных взаимодействий у женщин иллюстрируется Бартеллом (Bartell, 1971) в социологическом исследовании группового секса, свидетельствующем, что для обычной гетеросексуальной женщины относительно легко принять участие в гомосексуальных отношениях в контексте группового секса — в противоположность громадному сопротивлению, страху или отказу мужчин без предшествующего гомосексуального поведения участвовать в таких кон-

тактах. Может быть, мужчины более озабочены или не уверены в своей сексуальной идентичности по сравнению с женщинами. Это можно объяснить в терминах культурального предубеждения, более сильно направленного против мужской, а не женской гомосексуальности; или в терминах гендерных различий в раннем психосексуальном развитии — тем фактом, что первым объектом у обоих полов является женщина, и что девочки, в отличие от мальчиков, в норме должны пройти через смену либидинального объекта в качестве элемента своего эдипова развития.

Еще одно объяснение связи между гомосексуальным поведением и психосексуальным развитием — или, скорее, гипотеза, что гомосексуальность может развиться по причинам иным, чем психосоциальные или психодинамические детерминанты, — отсылает нас к генетической предрасположенности. Хотя некоторые недавние исследования подтверждают генетическое или пренатальное гормональное предрасположение к гомосексуальному поведению животных, но известные данные, касающиеся людей, не позволяют нам сделать определенного заключения (Ehrhardt and Meyer-Bahlburg, 1981; Friedman, 1988; Money, 1988; Arndt, 1991). Также, с теоретической точки зрения, встает вопрос, в какой степени мы можем принять идею генетической предрасположенности к гомосексуальности, которая не находилась бы под существенным влиянием психосексуального развития в раннем детстве.

Мне кажется, остается впечатление, что мужская гомосексуальность, по крайней мере как мы можем ее исследовать психоаналитически, имеет тенденцию к клиническому проявлению в связке с существенной патологией характера. С клинической точки зрения, граница между мужской гомосексуальностью и нормальными, полиморфными перверсными сексуальными тенденциями является более определенной, чем мы могли бы ожидать в теории.

Некоторые технические проблемы при психоанализе перверсий

Мне кажется, что решающее значение для аналитика, занимающегося лечением пациентов с хорошо структурированными перверсиями — на невротическом ли, или на пограничном и нарциссическом уровнях — имеет поддержание позиции технической нейтральности относительно того, какой будет сексуальная ориента-

ция пациента по окончании лечения. Это не означает, что аналитик должен сохранять пассивное безразличие к пациентам, демонстрирующим, например, садистскую перверсию, которая может угрожать другим людям или им самим. Техническая нейтральность всегда включает в себя озабоченность безопасностью пациента и тех, с кем он взаимодействует, а также защиту самой ситуации лечения.

Решающее значение имеет то обстоятельство, что аналитик позволяет пациенту определить собственную сексуальную ориентацию и выбор объекта. То, действительно ли аналитик искренне уважает свободу пациента в определении себя гомосексуально или гетеросексуально или просто делает это на словах, может оказать решающее воздействие на характер аналитического лечения и ту меру, в которой оно способно помочь. Аналитик, возможно, должен освободить себя от общепринятого предубеждения, подходящего для других ситуаций помимо аналитической. Свобода аналитика переживать свои собственные полиморфные перверсные сексуальные тенденции в эмоциональных реакциях на материал пациента, свобода идентификации с сексуальным возбуждением пациента, так же как и с объектами пациента, как часть отливов и приливов контрпереноса может помочь вынести на поверхность примитивные фантазии пациента, связанные с преэдиповыми детерминантами полиморфной перверсной сексуальности, которые иначе останутся диссоциированными, вытесненными или даже сознательно подавленными.

Пациенты с организованными перверсиями часто обнаруживают фальшивую инкорпорацию или псевдоинкорпорацию интерпретаций аналитика как часть крайне незаметного обесценивания эдипова отца, проецируемого на аналитика (Chasseguet-Smirgel, 1984), создавая, таким образом, особенные трудности для лечения. Пациент ведет себя так, “как будто” инкорпорирует интерпретацию, бессознательно насмехаясь над аналитическим процессом. Это является олицетворением бессознательной насмешки над властью эдипова отца и псевдоидентификацией с ним, основанной на анальной регрессии и деструктивной порче того, что получается.

Такое развитие может принять форму задавания пациентом проясняющих вопросов, указывающих на то, что он слышал интерпретации аналитика, “но не совсем” и пытается незаметно изменить их для лучшего понимания. Как будто пациент “вот-вот” что-

то поймет; у аналитика часто остается смутное ощущение беспокойства о том, идет ли настоящая работа. Тот факт, что в таких обстоятельствах могут возникать глубокие трансферентные регрессии и происходит значительное изменение трансферентной парадигмы, убеждает аналитика в подлинном характере взаимодействия, хотя сомнения по поводу того, что является реальным, а что “как бы”, остаются.

Эту защитную констелляцию следует отличать от бессознательной порчи интерпретаций и их жадной инкорпорации и деструкции, типичных для нарциссических личностей. Действительно, осознание аналитиком того факта, что этот процесс происходит также при организованных перверсиях у ненарциссических пациентов, может сделать его чувствительным к этой особой защите и позволит ему ее интерпретировать. Защита может принять форму ребяческого хвастовства пациента тем, чему он научился в анализе, или обсуждения своего анализа с другими людьми при незаметном высмеивании эдипова отца — символически заимствуя его пенис и унижая его [пенис] в этом процессе.

Важно внимательно исследовать безразличие или отталкивание пациента по отношению к женским гениталиям. Вытеснение сексуального возбуждения, лежащее в основе такого обесценивания, следует дифференцировать от неспособности к эротизации поверхностей тела в целом, характерной для некоторых тяжко больных пограничных или нарциссических пациентов. В последнем случае нельзя ожидать никаких изменений, до того как произойдет развитие регрессии в переносе, позволяющее реактивировать то, что относится к очень ранним отношениям матери и ребенка, и приводящее к развитию новой способности к нежности, вновь заряжающей кожную эротику, идеализации частей тела и ранним корням полиморфной перверсной сексуальности в целом. Напротив, у лучше функционирующих пациентов, у которых неприязнь и отвращение к женскому телу являются регрессивной защитой против чрезмерной кастрационной тревоги, проработка этой тревоги, страха и отталкивания по отношению к могущественному и жестокому отцу и заторможенной способности к идентификации с ним обычно предшествует способности выдерживать восстановление сексуального возбуждения от женских половых органов.

При перверсиях, так же как и при любых других случаях с тяжелой сексуальной заторможенностью, сексуальные фантазии пациентов (как и мастурбаторная активность и действительное сексу-

альное взаимодействие) должны быть тщательно исследованы. Часто незаметное защитное избегание такого исследования проявляется в том, что пациент готов отрыто обсуждать некоторые аспекты своего сексуального опыта при тщательном избегании других аспектов; иногда аналитику требуется много месяцев, чтобы узнать об этих избегаемых областях.

В других случаях пациент щедро раскрывает свои хаотические сексуальные фантазии и поведение — при явной полной “свободе” сексуального выражения — защитно избегая центральных аспектов переноса, особенно примитивных типов негативной трансферентной диспозиции. Хаотическая сексуальная жизнь пациента, характеризующая все его взаимодействия, используется как защита глубоких объектных отношений с аналитиком, и задача становится совершенно иной: анализ объектных отношений в переносе должен быть вынесен на передний план и связан с защитным “измазыванием” аналитической ситуации примитивным сексуальным материалом.

ЛИТЕРАТУРА

Abraham, K. (1920). Manifestations of the female castration complex. In *Selected Papers* on *Psychoanalysis*. New York: Brunner/Mazel, 1979, pp. 338—369.

Alexander, F. (1930). The neurotic character. *International J. Psychoanalysis,* 11:292.

Alexander, F., and Healy, W. (1935). *The Roots of Crime*. New York: Knopf.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*. Washington, D.C.: Mental Hospital Service.

____. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

____. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

____. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised): (DSM-III-R)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Anzieu, D. (1984). *The Group and the Unconscious*. London: Routledge and Kegan Paul.

Arndt, W. B., Jr. (1991). *Gender Disorders and the Paraphlias*. Madison, Conn.: International Universities Press.

Arnold, M. B. (1970a). Brain function in emotion: A phenomenological analysis. In *Physiological Correlates of Emotion,* ed. P. Black. New York: Academic Press, pp. 261—285.

____. (1970b). Perennial problems in the field of emotion. In *Feelings and Emotions,* ed. M. B. Arnold. New York: Academic Press, pp. 169—185.

____. (1984). *Memory and the Brain*. Hilisdale, NJ.: Eribaum Associates, chapters II, 12.

Asch, S. (1985). The masochistic personality. In *Psychiatry I,* ed. R. Michels and 1. Cavenar. Philadelphia: Lippincott, 27:1—9.

Bartell, G. D. (1971). *Group Sex*. New York: Signet Books.

Berliner, B. (1958). The role of object relations in moral masochism. *Psychoanalytic Quarterly,* 27:38—56.

Bion, W. R. (1957a). On arrogance. In *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1968, pp. 86—92.

____. (1957b). Differentiation of the psychotic from the nonpsychotic personalities. In *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1968, pp. 43—64.

____. (1959). Attacks on linking. In *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1968, pp. 93—109.

____. (1967). Notes on memory and desire. In *Psychoanalytic Fonun,* 2:271—280.

____. (1968). *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. New York: Basic Books.

____. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Heinemann.

____. (1974). *Brazilian Lectures I, San Paulo, 1973,* ed. J. Salomao. Rio de Janeiro: Imago Editora.

____. (1975). *Brazilian Lectures 2, Rio/San Paulo, 1974,* ed. J. Salomao. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Blacker, K.H., and Tupin, J.P. (1977). Hysteria and hysterical structures: Developmental and social theories. In *Hysterical Personality,* ed. M.J. Horowitz. New York: Jason Aronson, 2:97—140.

Blos, P. (1987). The role of the dyadic father in male personality formation. In *Sigmund Freud Haus Bulletin*. Vienna: Sigmund Freud Society, 10:7—14.

Blum, H. P. (1988). Shared fantasy and reciprocal identification, and their role in gender disorders. In *Fantasy, Myth, and Reality,* ed. H. Blum, Y. Kramer, A. Richards, and A. Richards. New York: International Universities Press.

Braunschweig, D., and Fain, M. (1971). *Eros et Anteros.* Paris: Payot.

____. (1975). *Le nuit, le jour: Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental.* Paris: Payot.

Brenner, C. (1959). The masochistic character: Genesis and treatment. *J. American Psychoanalytic Association,* 7:197—266.

Brierley, M. (1937). Affects in theory and practice. In *Trends in Psychoanalysis.* London: Hogarth, 1951, pp. 43—56.

Call, J. D. (1980). Attachment disorders of infancy. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* ed. H. 1. Kaplan et al. Baltimore: Williams and Wilkins, 3:2586—2592.

Cavenar, J. 0., and Walker, J. I. (1983). Hysteria and hysterical personality. In *Signs and Symptoms in Psychiatry,* ed. J. 0. Cavenar, Jr., and H. F. Brodie. Philadelphia: J. B. Lippincott, 4:59—74.

Chasseguet-Smirgel, J. (1970). Feminine guilt and the Oedipus complex. In *Female Sexuality,* ed. J. Chasseguet-Smirgel. Ann Arbor: University of Michigan Press, pp. 94—134.

____. (1978). Reflexions on the connexions between perversion and sadism. *International* ____.(1983). Perversion and the universal law. In *Creativity and Perversion.* New York: Norton, 1984, pp. 1—12.

____. (1984). *Creativity and Perversion*. New York: Norton.

____. (1985). *The Ego Ideal: A Psychoanalytic Essay on the Malady of the Ideal.* New York: Norton.

____. (1986). *Sexuality and Mind: The Role of the Father and the Mother in the Psyche*. New York: New York University Press.

Chodoff, P. (1974). The diagnosis of hysteria: An overview. *American J. Psychoanalysis,* 131:1073—1078.

Chodoff, P., and Lyons, H. (1958). Hysteria, the hysterical personality and "hysterical" conversion. *American J. Psychotherapy,* 14:734—740.

Cleckley, H. (1941). *The Mask of Sanity*. St. Louis: Mosby.

Cooper, A. (1985). The masochistic-narcissistic character. In *Masochism: Current Psychoanalytic and Psychotherapeutic Perspectives,* ed. R. A. Glick and D.I. Meyers. New York: Analytic Press.

Diatkine, G. (1983). *Les transformations de la psychopathie*. Paris: Presses Universitaires de France.

Dicks, H. V. (1972). *Licensed Mass Murder: A Socio-Psychological Study of Some SS Killers.* New York: Basic Books.

Easser, B. R., and Lesser, S. R. (1965). Hysterical personality: A re-evaluation. *Psychoanalytic Quarterly,* 34:390—415.

____. (1966). Transference resistance in hysterical character neurosis: Technical considerations. In *Developments in Psychoanalysis,* ed. G. Goidman and D. Shapiro. New York: Hafner, pp. 69—80.

Eissler, K. R. (1950). Ego-psychological implications of the psychoanalytic treatment of delinquents. *Psychoanalytic Study of the Child,* 5:97—121.

Emde, R. (1987). Development terminable and interminable. Plenary Presentation at the thirty-fifth International Psychoanalytical Congress, Montreal, Canada, July 27, 1987.

Ernde, R., Kligman, D. H., Reich, J. H., and Wade, T. D. (1978). Emotional expression in infancy: I: Initial studies of social signaling and an emergent model. In *The Development of Affect,* ed. M. Lewis and L. Rosenblum. New York: Plenum Press.

Erhardt, A., and Meyer-Bahlburg, H. (1981). Effects of prenatal sex hormones on gender-related behavior. *Science,* 211:1312.

Erikson, E. H. (1954). The dream specimen of psychoanalysis. *J. American Psychoanalytic Association,* 2:5—56.

Fairbairn, W. (1943). *An Object-Relations Theory of the Personality.* New York: Basic Books.

Fenichel, 0. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique.* Albany, N.Y: Psychoanalytic Quarterly.

____. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis.* New York: Norton, 20:501—502.

Fraiberg, A. (1983). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly,* 60:612—635.

Frank, J. D., et al. (1952). Two behavior patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. *Human Relations,* 5:289—317.

Freud, S. (1894). The neuro-psychoses of defence. *Standard Edition,* 3:43—61. London: Hogarth Press, 1962.

____. (1905). Three essays on the theory of sexuality. *S.E.,* 7:125—245. London: Hogarth Press, 1953.

____. (1914). On narcissism. *S.E.,* 14:69—102. London: Hogarth Press, 1957.

____. (1915a). Instincts and their vicissitudes. *S.E.,* 14:109—140. London: Hogarth Press, 1957.

____. (1915b). Repression. *S.E.,* 14:141—158. London: Hogarth Press, 1957.

____. (1915c). The unconscious. *S.E.,* 14:159—215. London: Hogarth Press, 1957.

____. (1916). Some character-types met with in psycho-analytic work. *S.E.,* 14:309—333. London: Hogarth Press, 1957.

____. (1919). "A child is being beaten": A contribution to the study of the origin of sexual perversions. *S.E.,* 17:175—204. London: Hogarth Press, 1955.

____. (1920). Beyond the pleasure principle. *S.E.,* 18:1—64. London: Hogarth Press, 1955.

____. (1921). Croup psychology and the analysis of the ego. *S.E.,* 18:69—143. London: Hogarth Press, 1955.

____. (1924). The economic problem of masochism. *S.E.,* 19:157—170. London: Hogarth Press, 1961.

____. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. *S.E.,* 20:87—156. London: Hogarth Press, 1961.

____. (1927). Fetishism. *S.E.,* 21:147—158. London: Hogarth Press, 1961.

____. (1933). New introductory lectures on psycho-analysis. *S.E.,* 22. London: Hogarth Press, 1964.

____. (1937). Analysis terminable and interminable. *S.E.,* 23:209—253. London: Hogarth Press, 1964.

____. (1940a). An outline of psycho-analysis. *S.E.,* 23:143,202—204. London: Hogarth Press, 1964.

____. (1940b). Splitting of the ego in the process of defence. *S.E.,* 23:273—274. London: Hogarth Press, 1964.

Friedlander, S. (1984). *Reflections of Nazism.* New York: Harper and Row.

Friedman, R. (1988). *Male Homosexuality: A Contemporary Psychoanalytic Perspective.* New Haven: Yale University Press.

Gaensbauer, T., and Sands, K. (1979). Distorted affective communications in abused and neglected infants and their potential impact on caretakers. *J. American Academy Child Psychiatry,* 18:236—250.

Galenson, E. (1986). Some thoughts about infant psychopathology and aggressive development. *International Rev. Psychoanalysis,* 13:349—354.

Gill, M. (1982). *Analysis of Transference. Vol. I, Theory and Technique.* New York: International Universities Press.

Glover, E. (1955). *The Technique of Psychoanalysis.* New York: International Universities Press.

Glueck, S., and Glueck, E. (1943). *Criminal Careers in Retrospect.* New York: Commonwealth Fund.

Green, A. (1977). Conceptions of affect. In On *Private Madness.* London: Hogarth Press, 1986, pp. 174—213.

Green, R. (1987). *The "Sissy Boy Syndrome" and the Development of Homosexuality.* New Haven: Yale University Press.

Grinberg, L. (1979). Projective counteridentification and countertransference. In *Countertransference,* ed. L. Epstein and A. H. Feiner. New York: Jason Aronson, pp. 169—191.

Gross, H. (1981). Depressive and sadomasochistic personalities. In *Personality Disorders: Diagnosis and Management,* ed. J. R. Lion. Baltimore: Williams and Wilkins, 13:204—220.

Grossman, W. (1986). Notes on masochism: A discussion of the history and development of a psychoanalytic concept 1. *Psychoanalytic Quarterly,* 55:379—413.

____. (1991). Pain, aggression, fantasy, and concepts of sadomasochism. *Psychoanalytic Quarterly,* 60:22—52.

Grunberger, B. (1976). Essai sur ie fetichisme. *Revue Francaise de Psychoanalyse,* 40(2): 235—264.

Guntrip, H. (1961). *Personality Structure and Human Interaction.* New York: International Universities Press.

____. (1968). *Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self.* New York: International Universities Press.

____. (1971). *Psychoanalytic Theory, Therapy, and the Self.* New York: Basic Books.

Guze, S.B. (1964a). Conversion symptoms in criminals. *American J. Psychiatry,* 121:580—583.

____. (1964b). A study of recidivism based upon a follow-up of 217 consecutive criminals. *J. Nervous and Mental Diseases,* 138:575—580.

Henderson, D. K. (1939). *Psychopathic States.* London: Chapman and Hall.

Henderson, D. K., and Gillespie, R. D. (1969). *Textbook of Psychiatry: For Students and Practitioners,* 10th ed., rev. 1. R. C. Batchelor. London: Oxford University Press.

Hoffman, M. (1978). Toward a theory of empahic arousal and development. In *The Development of Affect,* ed. M. Lewis and L. Rosenblum. New York: Plenum Press, pp. 227—256.

Holder, A. (1970). Instinct and drive. In *Basic Psychoanalytic Concepts of the Theory of Instincts,* ed. H. Nagera. New York: Basic Books, 3:19—22.

Horowitz, M.*}.* (1977). *Hysterical Personality.* New York: Jason Aronson.

____. (1979). *States of Mind.* New York: Plenum.

Isay, R. A. (1989). *Being Homosexual.* New York: Farrar, Straus, and Giroux.

Izard, C. (1978). On the ontogenesis of emotions and emotion-cognition relationships in infancy. In *The Development of Affect,* ed. M. Lewis and L. Rosenblum. New York: Plenum Press, pp. 389—413.

Izard, C., and Buechler, S. (1979). Emotion expressions and personality integration in infancy. In *Emotions in Personality and Psycbopathology, ed.* C. Izard. New York: Plenum Press.

Jacobson, E. (1953). On the psychoanalytic theory of affects. In *Depression.* New York: International Universities Press, 1971, pp. 3—47.

____. (1957a). Denial and repression. In Depression. New York: International Universities Press, 1971, pp. 107—136.

____. (1957b). Normal and pathological moods: Their nature and functions. In *Depression.* New York: International Universities Press, 1971, pp. 66—106.

____. (1964). *The Self and Object World.* New York: International Universities Press.

____. (1967). *Psychotic Conflict and Reality.* New York: International Universities Press.

____. (1971a). Acting out and the urge to betray in paranoid patients. In *Depression.* New York: International Universities Press, pp. 302—318.

____. (1971b). *Depression.* New York: International Universities Press.

James, W. (1884). What is an emotion? *Mind,* 9:188—205.

Jaques, E. (1982). *The Form of Time.* New York: Crane, Russak.

Jelinek, E. (1983). *Die Klavieispielerin.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Johnson, A. M. (1949). Sanctions for superego lacunae of adolescents. In *Searchlights on Delinquency,* ed. K. R. Eissler. New York: International Universities Press, pp. 225—245.

Johnson, A. M., and Szurek, S. A. (1952). The genesis of antisocial acting out in children and adults. *Psychoanalytic Quarterly,* 21:323.

Kernberg, 0. F. (1974a). Barriers to falling and remaining in love. *J. American Psychoanalytic Association,* 22:486—511.

____. (1974b). Mature love: Prerequisites and characteristics. *J. American Psychoanalytic Association,* 22:743—768.

____. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism.* New York: Jason Aronson.

____. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis.* New York: Jason Aronson.

____. (1980a). Adolescent sexuality in the light of group processes. *Psycho-analytic Quarterly,* 49(l):27—47.

____. (1980b). *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied.* New York: Jason Aronson.

____. (1983). Psychoanalytic studies of group processes: Theory and applications. In *Psychiatry 1983: APA Annual Review.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2:21—36.

____. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies.* New Haven: Yale University Press.

____. (1991a). Aggression and love in the relationship of the couple. *J. American Psychoanalytic Association,* 39:45—70.

____. (1991b). Sadomasochism, sexual excitement, and perversion, *J. American Psychoanalytic Association,* 39:333—362.

____. (1992). "Mythological encounters" in the psychoanalytic situation. In *The Personal Myth in Psychoanalytic Theory,* ed. P. Hartocollis and I. Graham. Madison, Conn.: International Universities Press, pp. 37—48.

Kernberg, 0. F.; Burstein, E.; Coyne, L.; Appelbaum, A.; Horwitz, L.; and Voth H. (1972). *Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project.* Bulletin Menninger Clinic, 36:1—275.

Klein M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. In *Contributions to Psychoanalysis, 1921—1945.* London: Hogarth Press, 1948, pp. 311—338.

____. (1945). The oedipus complexin the light of early anxieties. In Contributions *to Psychoanalysis, 1921—1945.* London: Hogarth Press, 1948, pp. 311—338.

____. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In *Developments in Psychoanalysis,* ed. J. Riviere. London: Hogarth Press, 1952, pp. 292—320.

____. (1952a). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In *Developments in Psychoanalysis,* ed. J. Riviere. London: Hogarth Press, pp. 198—236.

____. (1952b). The origins of transference. In *Envy and Gratitude.* New York: Basic Books, 1957, pp. 48—56.

____. (1955). On identification. In *Envy and Gratitude.* New York: Basic Books, 1957, ____. (1957). *Envy and Gratitude.* New York: Basic Books.

Knapp, P. H. (1978). Core processes in the organization of emotions. In *Affect: Psychoanalytic Theory and Practice,* ed. M. B. Cantor and M. L. Glucksman. New York: Wiley, pp. 51—70.

Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self.* New York: International Universities Press.

____. (1977). *The Restoration of the Self.* New York: International Universities Press.

Krause, R. (1988). Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verstandnis der fruhen Storungen. *Psychotherapie und Medizienische Psychologie,* 38:77—86.

Krause, R., and Lutolf, P. (1988). Facial indicators of transference processes in psychoanalytical treatment. In *Psychoanalytic Process Research Strategies,* ed. H. Dahl and H. Kachele. Heidelberg: Springer, pp. 257—272.

Krohn, A. (1978). *Hysteria: The Elusive Neurosis.* New York: International Universities Press.

Lange, C. (1885). *The Emotions.* Baltimore: Williams and Wilkins, 1922.

Laplanche, J., and Pontalis, J. B. (1973). *The Language of Psychoanalysis.* New York: Norton.

Laughlin, H. (1967). *The Neuroses.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Lazare, A. (1971). The hysterical character in psychoanalytic theory. *Archives of General Psychiatry,* 25:131—137.

Lazare, A., Klerman, G. L., and Armor, D. *].* (1966). Oral, obsessive, and hysterical personality patterns: An investigation of psychoanalytic concepts by means of factor analysis. *Archives of General Psychiatry,* 14:624—630.

____. (1970). Oral, obsessive and hysterical personality patterns. *J. Psychiatric Research,* 7:275—290.

LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science,* 253:1034—1037.

Lewis, D., et al. (1985). Biopsychosocial characteristics of children who later murder: A prospective study. *American J. Psychiatry,* 142:1161—1167.

Liebert, R. S. (1986). The history of male homosexuality from ancient Greece through the Renaissance: Implications for psychoanalytic theory. In *The Psychology of Men: New Psychoanalytic Perspectives,* ed. G. 1. Fogel, F. M. Lane, and R. S. Liebert. New York: Basic Books, pp. 181—210.

Liebowitz, M. R., and Klein, D. F. (1981). Interrelationship of hysteroid dysphoria and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* Philadelphia: Saunders. 4:67—88.

Lorenz, K. (1963). *On Aggression.* New York: Bantam Books.

Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psycho-therapy: The core conflictual relationship theme. In *Communicative Structures and Psychic Structures,* ed. N. Freedman and S. Grand. New York: Plenum.

Luisada, P. V., Peele, R., and Pittard, E. A. (1974). The hysterical personality in men. *American J. Psychiatry,* 131:518—521.

Lussier, A. (1983). Les deviations du desir. Etude sur le fetichisme. *Revue Francaise Psychanalyse,* 47:19—142.

McDougall, J. (1970). Homosexuality in women. In *Female Sexuality,* ed. 1. Chasseguet-Smirgel. Ann Arbor: University of Michigan Press, pp. 171—212.

____. (1980). *Plea for a Measure of Abnormality.* New York: International Universities Press.

____. (1985). *Theatres of the Mind.* New York: Basic Books.

____. (1986). Identifications, neoneeds and neosexualities. *International J. Psychoanalysis,* 67:19—31.

Mahler, M. S. (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child,* 26: 403—424.

____. (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International J. Psychoanalysis,* 53:333—338.

Mahler, M. S., and Furer, M. (1968). On *Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation.* New York: International Universities Press.

Mahler, M. S., Pine, F., and Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant.* New York: Basic Books.

Main, T. (1957). The ailment. *British J. Medical Psychology,* 30:129—145.

Mann, H. (1932). *Professor Unrat oder Das Ende eines Tyrannen.* Suhrkamp: Bibl. Suhrkamp 1981.

Marmor, J. (1953). Orality in the hysterical personality. *J. American Psychoanalytic Association,* 1:656—671.

Massie, H. (1977). Patterns of mother-infant behavior and subsequent childhood psychoses. *Child Psychiatry and Human Development,* 7:211—230.

Meltzer, D. (1977). *Sexual States of Mind.* Perthshire, Scotland: Clunie Press, pp. 132—139.

____. (1984). *Dream Life.* London: Clunie Press.

Merksy, H. (1979). *The Analysis of Hysteria.* London: Bailliere Tindall.

Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. */. Abnormal and Social Psychology,* 67:371—378.

Millon, T. (1981). *Disorders of Personality.* New York: Wiley.

Money, J. (1988). *Gay, Straight, and In-Between: The Sexology of Erotic Orientation.* New York: Oxford University Press.

Moore, B. E., and Fine, B. D. (1990). *Psychoanalytic Terms and Concepts.* New Haven: American Psychoanalytic Association and Yale University Press.

Morgenthaler, F. (1984). *Homosexualitat, Heterosexualitat, Perversion.* Paris: Qumran.

Moser, U. (1978). Affektsignale und aggressives Verhalten: Zwei verbal formulierte Modelle der Aggression. *Psyche,* 32:229—258.

Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International J. Psychoanalysis,* 60:357—373.

O'Neal, P., et al. (1962). Parental deviance and the genesis of sociopathic personality. *American J. Psychiatry,* 118:1114.

Orwell, G. (1949). *1984.* New York: Harcourt Brace.

Osofsky, J. D. (1988). Affective exchanges between high risk mothers and infants. *International J. Psychoanalysis.* 69:221—232.

Ovesey, L. (1983). The cross-dressing phenomenon in men. Paper presented at the twenty-sixth annual Sandor Rado Lecture delivered at the New York Academy of Medicine, New York (unpublished).

Ovesey, L., and E. Person (1973). Gender identity and sexual psychopathology in men: A psychodynamic analysis of homosexuality, transsexualism, and transvestism. *J. American Academy of Psychoanalysis,* 1(1):53—72.

____. (1976). Transvestism: A disorder of the sense of self. *International J. Psychoanalytic Psychotherapy,* 5:219—236.

Parin, P., Morgenthaler, F., and Parin-Matthey, G. (1971). *Furchte Deinen Nachsten Wie Dich Selbst.* Frankfurt: Suhrkamp.

Person, E. S. (1978). Transvestism: New perspectives. *J. American Academy of Psychoanalysis,* 6(31:301—323.

____. (1984). Homosexual cross-dressers. *J. American Academy of Psychoanalysis,* 12(2):167—186.

Person, E. S., and Ovesey, L. (1974a). The psychodynamics of male transsexualism. In *Sex Differences in Behavior,* ed. R. C. Friedman, R. M. Richart, and R. L. VandeWiele. New York: Wiley, pp. 315—331.

____. (1974). The transsexual syndrome in males. I. Primary transsexualism. *American J. Psychotherapy,* 28:4—20.

____. (1974c). The transsexual syndrome in males. II. Secondary transsexualism. *American J. Psychotherapy,* 28:174—193.

____. (1978). Transvestism: New perspectives. *J. American Academy of Psychoanalysis,* 6(3):301—323.

____. (1984). Homosexual cross-dressers. *J. American Academy of Psychoanalysis,* 12(2):167—186.

Piaget, J. (1954). *Intelligence and Affectivity.* Palo Alto: Annual Review Press, 1981.

Pinter, H. (1965). *The Homecoming.* New York: Grove Press.

____. (1973). The Quiller memorandum. In *Five Screenplays.* New York: Grove Press.

____. (1978). *Betrayed.* New York: Grove Press.

Plutchik, R. (1980). *Emotions: A Psychoevolutionary Synthesis.* New York: Harper and Row.

Plutchik, R., and Kellerman, H. (1983). *Emotions: Theory, Research, and Experience.* Vol. 2, *Emotions in Early Development.* New York: Academic Press.

Racker, H. (1957). The meaning and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly,* 26:303—357.

____. (1968). *Transference and Countertransference.* New York: International Universities Press.

Rangell, L. (1974). A psychoanalytic perspective leading currently to the syndrome of the compromise of integrity. *International J. Psychoanalysis,*55:3—12.

Rapaport, D. (1953). On the psychoanalytic theory of affects. In *The Collected Papers of David Rapaport,* ed. M. M. Gill. New York: Basic Books, 1967, pp. 476—512.

____. (1960). *The Structure of Psychoanalytic Theory: A Systematizing Attempt.* Psychological Issues, Monograph 6. New York: International Universities Press.

Reed, G. S. (1987). Rules of clinical understanding: Classical psychoanalysis and self psychology. *J. American Psychoanalytic Association,* 35:421—446.

Reich, W. (1933). *Character Analysis.* New York: Farrar, Straus, and Giroux, 1972.

Reid, W. H. (1981). *The Treatment of Antisocial Syndromes.* New York: Van Nostrand Reinhold.

Rice, A. K. (1965). *Learning for Leadership.* London: Tavistock.
Robins, L. N. (1966). *Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality.* Baltimore: Williams and Wilkins.
Roiphe, H., and Galenson, E. (1981). *Infantile Origins of Sexual Identity.* New York: International Universities Press.
Rosenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism: A clinical approach. *International J. Psychoanalysis,* 45:332—337.
____. (1965). *Psychotic States: A Psychoanalytical Approach.* New York: International Universities Press.
____. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International J. Psychoanalysis,* 52:169—178.
____. (1975). Negative therapeutic reaction. In *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy.* Vol. 2, *Countertransference,* ed. P. L. Giovacchini. New York: *Jason* Aronson, pp. 217—228.
____. (1978). Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients. *International J. Psychoanalysis,* 59:215—221.
____. (1987). *Impasse and Interpretation.* New York: Tavistock.
Roy, A., ed. (1982). *Hysteria.* New York: Wiley.
Rutter, M., and Giller, H. (1983). *Juvenile Delinquency: Trends and Perspectives.* New York: Penguin.
Sacher-Masoch, L. (1881). *La Venus de las Pieles.,* Madrid: Alianza Editorial, 1973.
Sade, D.-A.-F. (1785). *The Marquis de Sade: The 120 Days of Sodom and Other Writings.* Comp. and trans. A. Wainhouse and R. Seaver. New York: Grove Press, 1966.
Sandler, J., and Rosenblatt, R. (1962). The concept of the representational world. *Psychoanalytic Study of the Child,* 17:128—145.
Sandler, J., and Sandier, A. (1978). On the development of object relationships and affects. *International J. Psychoanalysis,* 59:285—296.
Sandler, J., and Sandier, A. (1987). The past unconscious, the present unconscious and the vicissitudes of guilt. *International J. Psychoanalysis,* 68: 331—341.
Schwartz, P. (1981). Psychic structure, *International J.. Psychoanalysis,* 62:61—72.
Searles, H. (1961). Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia. *British J. Medical Psychology,* 34:169—193.
Segal, H. (1967). Melanie Klein's technique. In *Psychoanalytic Techniques: A Handbook for the Practicing Psychoanalyst,* ed. B. Wolman. New York: Basic Books, pp. 168—190.
Shapiro, D. (1965). *Hysterical Styles, Neurotic Styles.* New York: Basic Books.
Sroufe, L. A. (1979). Socioemotional development. In *Handbook of Infant Development,* ed. 1. Osofsky. New York: Wiley, pp. 462—518.
Sroufe, L. A., Waters, E., and Matas, L. (1974). Contextual determinants of infant affective response. In *The Origins of Fear,* ed. M. Lewis and L. A. Rosenblum. New York: Wiley, pp. 49—72.
Stanton, A., and Schwartz, M. (1954). *The Mental Hospital.* New York: Basic Books.
Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International J. Psychoanalysis,* 15:117—126.
Stem, D. (1977). *The First Relationship.* Cambridge: Harvard University Press.
____. (1985). *The Interpersonal World of the Infant.* New York: Basic Books.
Stoller, R. (1968). *Sex and Gender.* Vol. I, *Splitting.* New York: Science House.
____. (1975). *Sex and Gender.* Vol. 2, *The Transsexual Experiment.* London: Hogarth Press.

_____.(1976). *Perversion: The Erotic Form of Hatred.* New York: Pantheon.

____. (1985). *Observing the Erotic Imagination.* New Haven: Yale University Press.

Stone, M. H. (1980). *The Borderline Syndromes.* New York: McGraw-Hill.

____. (1983). The criteria of suitability for intensive psychotherapy. In *Treating Schizophrenia Patients: A Clinical-Analytical Approach,* ed. M. H. Stone, M. D. Albert, D. V. Forrest, and S. Arieti. New York: McCraw-Hill, pp. 119—138.

Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry.* New York: Norton.

____. (1962). *Schizophrenia as a Human Process.* New York: Norton.

Ticho, E. (1966). Selection of patients for psychoanalysis or psychotherapy. Paper presented at the twentieth anniversary meeting of the Menninger School of Psychiatry Alumni Association. Topeka, Kansas.

Tinbergen, N. (1951). An attempt at synthesis. In *The Study of Instinct.* New York: Oxford University Press, pp. 101—127.

Tomkins, S. S. (1970). Affect as the primary motivational system. In *Feelings and Emotions,* ed. M. B. Arnold. New York: Academic Press, pp. 101—110.

Tupin, J. P. (1981). Histrionic personality. In *Disorders: Diagnosis and Management,* ed. J. R. Lion. Baltimore: Williams and Wilkins, pp. 85—96.

Turquet, P. (1975). Threats to identity in the large group. In *The Large Group: Dynamics and Therapy,* ed. L. Kreeger. London: Constable, pp. 87—144.

Wallerstein, R. (1986). *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy.* New York: Guilford Press.

Wilson, E. 0. (1975). *Sociobiology: The New Synthesis.* Cambridge: Harvard University Press.

Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. In *Collected Papers.* New York: Basic Books, 1958, pp. 194—203.

____. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. In *Collected Papers.* New York: Basic Books, 1958, pp. 229—242.

____. (1960). The theory of the parent-infant relationship. In *The Maturational Processes and the Facilitating Environment.* New York: International Universities Press, 1965, pp. 37—55.

____. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment.* New York: International Universities Press.

____. (1971). *Playing and Reality.* New York: Basic Books.

Wittels, F. (1931). Der hysterische Charakter. *Psychoanal. Bewegung,* 3:138—165.

Zetzel, E. R. (1968). The so-called good hysteric. In *The Capacity for Emotional Growth.* New York: International Universities Press, pp. 229—245.

Zinoviev, A. (1984). *The Reality of Communism.* New York: Schocken.

СОДЕРЖАНИЕ